

**Teilnahmemotivation beim Sekundärpräventionsprogramm Haut für  
Berufsdermatosen im Nahrungsmittel- und Gaststättengewerbe**

**DISSERTATION**

**Zur Erlangung des akademischen Grades**

**doctor medicinae**

**(Dr. med.)**

vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät  
der Friedrich – Schiller – Universität Jena

von Regina Ladermann  
geboren am 14. April 1982 in Mühlhausen/Thüringen

## **Gutachter**

- 1. Prof. Dr. med. Peter Elsner**
- 2. Prof. Dr. med. Rainer Schiele**
- 3. Prof. Dr. med. Uwe Wollina**

**Tag der öffentlichen Verteidigung: 03.09.07**

## **DEUS CARITAS EST**

Meinem Verlobten, Liborius Hermann, und meinen Eltern, Bernadette und Günter Ladermann

## **Abkürzungsverzeichnis**

BGN	Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten
BK	Berufskrankheit
BK 5101	Hautkrankheiten mit Ausnahme von Hautkrebs
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
df	Anzahl Freiheitsgrade
Exp	Exponent
HPP	Hautpräventionsprogramm
MD	Median
MW	Mittelwert
N	Anzahl der Personen
ns.	nicht signifikant
OR	Odds Ratio

SCM	Sozial-kognitives Prozessmodell
SD	Standardabweichung
T	<i>t</i> -Test
TTM	Transtheoretisches Modell
U	Kennwert <i>U</i>
usw.	und so weiter
vs.	versus
$\chi^2$	<i>chi</i> <sup>2</sup> -Test
Z	Prüfgröße Z-Wert
z.B.	zum Beispiel

<b>1</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>11</b>
2.1	Das dermatologische Risikoprofil der Arbeitnehmer des Back-, Hotel- und Gaststättengewerbes und dessen Konsequenzen .....	11
2.2	Präventionsnotwendigkeit bei Berufsdermatosen .....	13
2.3	Das Sekundärpräventionsprogramm Haut der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten .....	15
2.4	Compliance und Commitment.....	18
2.5	Rekrutierungsstrategien.....	19
2.6	McGuire's Persuasionsmodell .....	21
2.6.1	Informationsmedium .....	22
2.6.2	Nachricht .....	24
2.6.3	Informationsquelle .....	26
2.6.4	Empfänger .....	27
2.6.4.1	Das Transtheoretische Modell Prochaskas.....	28
2.6.4.2	Das Sozial-kognitive-Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens nach Schwarzer .....	32
2.7	Barrieren für Rekrutierungsversuche .....	36
<b>3</b>	<b>ZIELE DER ARBEIT .....</b>	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>METHODIK .....</b>	<b>38</b>
4.1	Untersuchungsdesign.....	38
4.1.1	Patientenerfassung.....	39
4.1.2	Patienteninformation .....	39
4.1.3	Patientenbefragung.....	41

## Inhaltsverzeichnis

---

4.2	Untersuchungsinstrumentarium.....	43
4.3	Charakterisierung des Untersuchungskollektivs .....	44
4.4	Auswertungsmethoden .....	45
4.4.1	Statistische Methoden .....	45
4.4.2	Qualitative Datenanalyse .....	48
<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE.....</b>	<b>51</b>
5.1	Darstellung des Commitments infolge der experimentellen Variationen .....	51
5.1.1	Das soziodemographische Profil der Versicherten anhand bundesland- und informationsmaterialspezifischer Aspekte .....	51
5.1.2	Betrachtung der vierstufigen experimentellen Variation .....	52
5.2	Analyse der Einflussfaktoren bezüglich der Teilnahme.....	56
5.2.1	Einzelbetrachtung der Einflussfaktoren .....	57
5.2.1.1	Analyse soziodemographischer Faktoren.....	57
5.2.1.2	Analyse der das HPP betreffenden Faktoren.....	57
5.2.1.3	Analyse der Faktoren des Arbeitsumfeldes.....	58
5.2.1.4	Analyse der Faktoren des privaten Umfelds .....	59
5.2.2	Globale Betrachtung der Einflussfaktoren .....	59
<b>6</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>63</b>
6.1	Analyse der adaptierten Rekrutierungsstrategie.....	63
6.2	Wirkungsanalyse des alten Anschreibens .....	67
6.3	Wirkungsanalyse des neuen Anschreibens.....	68
6.4	Wirkungsanalyse der zusätzlichen Falldarstellung .....	70
6.5	Wirkungsanalyse des zusätzlichen Informationsmaterials.....	72
6.6	Evaluation der Kausalitäten für eine Inanspruchnahme des HPP und deren Verweigerung .....	73
6.7	Die Prognose des Commitments .....	75
6.8	Methodische Reflexion.....	77

---

<b>7</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNGEN.....</b>	<b>79</b>
<b>8</b>	<b>LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS.....</b>	<b>81</b>
<b>9</b>	<b>ANHANG.....</b>	<b>102</b>
9.1	Danksagung .....	102
9.2	Ehrenwörtliche Erklärung .....	103
9.3	Veröffentlichungen.....	104
9.4	Verwendete Materialien .....	107
9.4.1	Das alte Anschreiben.....	107
9.4.2	Das neue Anschreiben.....	109
9.4.3	Rückantwort .....	111
9.4.4	Das Erinnerungsschreiben.....	112
9.4.5	Das Informationsmaterial 1 zum HPP.....	113
9.4.6	Das Informationsmaterial 2 zum HPP.....	115
9.4.7	Die Falldarstellung .....	117
9.4.8	Der Fragebogen 1 zur telefonischen Befragung.....	119
9.4.9	Der Fragebogen 1 zur schriftlichen Befragung.....	122
9.4.10	Der Fragebogen 2 zur telefonischen Befragung.....	125
9.4.11	Der Fragebogen 2 zur schriftlichen Befragung.....	128
9.4.12	Das Anschreiben zur schriftlichen Befragung .....	130



---

## 1 Zusammenfassung

73 % der Versicherten mit berufsbedingter Hauterkrankung der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel Gaststätten (BGN) im Zuständigkeitsbereich der Außenstelle Erfurt können durch die Teilnahme am regionalen Hautpräventionsprogramm (HPP) eine Verbesserung oder Stabilisierung ihres Hautbefundes erzielen und somit in ihrem Beruf verbleiben. Diesem Umstand steht die Tatsache gegenüber, dass nur etwa ein Drittel der potenziell in Frage kommenden Versicherten das freiwillige Sekundärpräventionsprogramm Haut nutzen. Zum gegenwärtigen Forschungszeitpunkt existieren keine Untersuchungen zur Commitmentsteigerung an Sekundärpräventionsprogrammen für Berufsdermatosen. Daher ist ein Rückgriff auf Rekrutierungsstrategien und ermittelte Barrieren für klinische Studien und präventive Maßnahmen notwendig.

Zielstellung der im Rahmen dieser Dissertation durchgeführten experimentellen Studie war es, das Commitment am Hautpräventionsprogramm zu steigern, mögliche Einflussfaktoren für bzw. gegen die Teilnahme zu erfassen und prognostische Faktoren für eine Teilnahmeentscheidung zu eruieren.

In Anlehnung an die individuelle Rekrutierungsstrategie von Witte et al. 2004 wurde unter Verwendung der Input-Variablen des Persuasionsmodells von McGuire, welches die wesentlichen Schlüsseldeterminanten der Versicherten der BGN adressiert, als auch möglicher Anreizwerte ein zielgerichtetes, personalisiertes neues Anschreiben, eine zielgerichtete Falldarstellung und ein zielgerichtetes Informationsmaterial zur Kontaktaufnahme mit den 166 Versicherten des Untersuchungskollektivs konzipiert. Dabei wurden die unterschiedlichen Anschreibvarianten unter anderem stufenbasierend nach dem Transtheoretischen Modell von Prochaska und übereinstimmend mit der präintentionalen Phase des Sozial-kognitiven Prozessmodells Schwarzers entwickelt.

Das Studiendesign basiert auf einem hierarchischen Vorgehen in mehreren kontrollierten Interventionsstudien. Durch eine experimentelle Variation der Kontaktaufnahme mit den Versicherten sollte die Teilnahmeentscheidung am Hautpräventionsprogramm positiv beeinflusst werden. Zur Evaluierung der Einfluss- und Prognosefaktoren erfolgte eine Nachbefragung der Versicherten anhand eines eigens dafür entwickelten Fragebogens.

---

Initial konnte durch den Einsatz des neuen Anschreibens eine signifikante Erhöhung der Teilnahmequote von 30 % auf 53,8 % erzielt werden. Der Einsatz eines zusätzlichen Fallbeispiels konnte das Commitment nicht weiter steigern. Es stellt allerdings eine Alternative zum bisherigen Anschreiben der BGN dar. Die Zugabe von weiterem Informationsmaterial erhöhte die Teilnahmequote lediglich um 5 % im Vergleich zum ursprünglich eingesetzten Anschreiben der BGN.

Bei der Analyse der Kausalitäten für eine Teilnahme bzw. Nichtteilnahme am HPP konnte nachgewiesen werden, dass bei den Teilnehmern am Programm die Art der Information, die erwarteten Heilungschancen, die Arbeitsplatzsituation, die Meinung anderer und die häusliche Situation eher für das Commitment sprachen als bei den Nichtteilnehmern. Ältere Versicherte nahmen ebenfalls signifikant häufiger das HPP in Anspruch als dies bei jüngeren Arbeitnehmern der Fall war. Eine Befürwortung der Teilnahme durch die Arbeitsplatzsituation, positiv bewertete Heilungschancen als auch ein angemessener Zeitaufwand zeigten sich als prognostisch günstige Faktoren für eine Teilnahme.

Die Art des Anschreibens (personalisiert, zielgerichtet entsprechend soziodemographischer, gesundheitlicher und psychosozialer Aspekte) hat einen entscheidenden Einfluss auf die Teilnehmerate der Versicherten mit berufsbedingter Hauterkrankung. Insbesondere das neue Anschreiben als auch die zusätzliche Falldarstellung stellen eine Alternative zum bisherigen Anschreiben der BGN dar. Neben dem Anschreiben sind die Arbeitsplatzsituation, die erwarteten Heilungschancen als auch der zeitliche Aufwand relevante Faktoren für das Commitment am Hautpräventionsprogramm.

Das für diese Studie entwickelte neue Anschreiben und die zusätzliche Falldarstellung stellen eine ökonomisch leicht umsetzbare und praktikable Möglichkeit zur Commitmentsteigerung dar. Um das Commitment zusätzlich zu erhöhen, können die ermittelten Einflussfaktoren die Grundlagen für weitere Modifikationen innerhalb des HPP bilden. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung lassen sich auf bereits laufende berufsdermatologische Präventionsprogramme übertragen und sollten in die Planung von Nachfolgeprogrammen einbezogen werden. Somit können gesundheitsökonomische und sozialmedizinische Konsequenzen einer Berufsdermatose vermieden werden.

---

## 2 Einleitung

### 2.1 Das dermatologische Risikoprofil der Arbeitnehmer des Back-, Hotel- und Gaststättengewerbes und dessen Konsequenzen

Die Berufsbilder des Back-, Hotel- und Gaststättengewerbes zählen zu den so genannten Hautrisikoberufen. Tätigkeiten im feuchten Milieu, das Tragen von Handschuhen und die Durchführung von intensiver Händereinigung mit häufiger Wiederholung und/oder regelmäßig über einen täglichen Zeitraum von mehr als zwei Stunden zeichnet das Risikoprofil dieser Arbeitnehmer aus. In einer epidemiologischen Studie von Diepgen et al. 1996 konnte gezeigt werden, dass Bäcker, Konditoren und Köche zu den *besonders hautbelastenden Berufen* gehören und Ernährungsberufe mit Feuchtbelastung (z.B. Gemüsezubereiter) als auch Beschäftigte in Reinigungsdiensten und im Gaststättengewerbe den *hautbelastenden Berufen* zugehörig sind. Löffler et al. 2000 sprechen bei diesen Feuchtberufen von einer 4-6 mal höheren Prävalenz für irritative Hautveränderungen. In einer epidemiologischen Studie für Nordbayern für berufsbedingte Hautkrankheiten bei Bäckern wurde eine Inzidenzrate von 33,2 Fällen pro 10000 Beschäftigte pro Jahr registriert (Dickel et al. 2001a, Dickel et al. 2001b).

Die Ergebnisse von prospektiven Kohortenstudien zeigten, dass ein Drittel der Bäcker- und Konditorlehrlinge während der ersten sechs Monate ihrer Ausbildungszeit ein berufsbedingtes Handekzem entwickelten (Bauer et al. 1998, Bauer et al. 2001a). Somit konnte das Risikoprofil dieser Feuchtberufe noch einmal bestätigt werden.

Irritative Hautbelastungen stehen bei diesen Berufsbildern im Vordergrund. Kausal sind diese mit physikalischen, mechanischen, biologischen und chemischen Einwirkungen assoziiert (Bauer et al. 1998, Stadeler et al. 2001). Dieser Sachverhalt ist auch auf Berufe des Hotel- und Gaststättengewerbes übertragbar. Im Gastronomiegewerbe ergeben sich allerdings gewisse Differenzierungen entsprechend dem Einsatzgebiet im Zimmerservice oder in der Küche (Stadeler 2003).

Die Arbeitnehmer des Back-, Hotel- und Gaststättengewerbes sind einer erheblichen Anzahl von potenten chemischen Irritantien (z.B. Seifen, Desinfektionsmittel) und irritativen chemischen Noxen (z.B. Fruchtsäuren, Laugen) ausgesetzt. Wie bereits dargestellt, ist das Arbeitsumfeld dieser Berufszweige durch ein feuchtes Milieu charakterisiert. Thermische Belastungen (Löffler et al. 2000), die infolge des Umgangs mit Tiefkühlware oder auch Hitzebelastungen auftreten, sowie mechanische Einwirkungen (z.B. Verwendung von Topfkratzern, Druck

---

bei manueller Teigbearbeitung) können, wie die zuvor genannten Aspekte, in einer Herabsetzung der Hautbarrierefunktion resultieren. Eine Schädigung der Funktion der Hautbarriere begünstigt eine Sensibilisierung gegen die unterschiedlichsten Allergene. Im Backgewerbe sind dies vor allem Konservierungsstoffe, Farbstoffe, Überzugsmittel, Gewürze, Emulgatoren, Backtriebmittel, Mehle und Backenzyme (Diepgen et al. 1996). Weitere potentielle Allergene des Back-, Hotel- und Gaststättengewerbes sind die Inhaltsstoffe der verwendeten Desinfektions- und Reinigungsmittel als auch Bestandteile von Schutzhandschuhen (Stadeler 2003).

Diese exogenen Faktoren führen im Zusammenhang mit endogenen Faktoren, wie z.B. einer atopischen Hautdiathese (Bartsch et al. 1998, Bauer et al. 2001a, Dickel et al. 2003), vorrangig in den dargestellten Gewerbebezügen zur Entwicklung eines kumulativ-subtoxischen Handekzems (Dickel et al. 2002, Stadeler et al. 2001, Löffler et al. 2000, Bauer et al. 2001b, Bauer et al. 1997, Elsner und Wigger-Alberti 1997), welches den Weg für die Entstehung eines allergischen Kontaktekzems bahnen kann (Löffler et al. 2000, Berardesca und Distant 1995).

Infolge langwieriger Therapieprozeduren der betroffenen Arbeitnehmer entsteht erhebliches persönliches Leid (Vetter 1998). Außerdem besteht eine gravierende Gefährdung der beruflichen Laufbahn mit den psychosozialen Konsequenzen von Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und letztlich der beruflichen Neuorientierung.

Eine weitere Auswirkung stellt die ökonomische Komponente dar. Aufgrund des Personalausfalls werden gerade bei kleinen und mittleren Unternehmen die Produktions- und Arbeitsabläufe erheblich gestört.

15031 Verdachtsmeldungen einer Berufskrankheit nach BK 5101 (Hautkrankheiten mit Ausnahme von Hautkrebs) wurden im Jahr 2003 in der Bundesrepublik Deutschland angezeigt (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften 2006). Der Verdacht einer Berufskrankheit bestätigte sich bei 8488 Fällen. Somit nimmt die BK 5101 bundesweit die Spitzenposition der Berufskrankheiten ein. Auch innerhalb der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten (BGN) standen berufsbedingte Hauterkrankungen mit 43,3 % 2003 und 43,8 % im Jahr 2004 an erster Stelle aller Verdachtsfälle bezüglich einer Berufskrankheit (Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten 2006). Aus diesem Sachverhalt erwachsen für die BGN hohe finanzielle Aufwendungen im Rahmen von Entschädigungsleistungen. Darunter sind alle mit dieser Berufskrankheit in Verbindung stehenden medizinischen Heil- und

---

Rehabilitationsmaßnahmen, die Kosten der beruflichen Rehabilitation und/oder die Zahlung von Berufskrankheitenrenten subsummiert. So zahlte die BGN beispielsweise im Jahr 2003 ca. 15,3 Millionen Euro und 2004 ca. 14,3 Millionen Euro für Entschädigungsleistungen im Rahmen der BK 5101.

In Konsequenz der dargestellten Auswirkungen einer BK 5101 schlussfolgern Stader et al. 2001 wie folgt: „Die enormen Kosten für die Umschulungsmaßnahmen und die relativ geringe Aussicht für die Versicherten im neuen Beruf, bei der augenblicklich angespannten Arbeitsmarktlage, tätig zu werden, unterstreicht eindrucksvoll die Notwendigkeit von effektiven Primär- und Sekundärpräventionsmaßnahmen.“

## 2.2 Präventionsnotwendigkeit bei Berufsdermatosen

Präventive Maßnahmen können unter zeitlichen Maßstäben in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention eingeteilt werden.

Maßnahmen der *Primärprävention* schalten gesundheitsschädigende Faktoren vor ihrem Wirksamwerden aus (Riehl 2001, Schipperges 1997). Während es bei der *Sekundärprävention* noch um die Früherkennung von Erkrankungen mit entsprechenden Frühinterventionen geht, so liegt der Schwerpunkt der *Tertiärprävention* bereits auf einer Verhinderung von Chronifizierungen und Rückfällen durch Rehabilitationsmaßnahmen (Riehl 2001, Klippel et al. 2001). Seit 1972 existiert in der Bundesrepublik Deutschland das Hautarztverfahren. In allen Bundesländern ist es seit 1996 etabliert (Dickel et al. 2004). Im Vorfeld von dermatologischen Berufskrankheiten ermöglicht dieses Verfahren eine prinzipiell rasche und effektive Intervention im Rahmen von sekundärpräventiven Maßnahmen (John et al. 2004). Am 01.10.2005 wurde das optimierte Hautarztverfahren in Deutschland eingeführt. Infolge einer Überarbeitung des Hautarztberichtes (Dickel et al. 2004) sollte dabei eine Verbesserung der Entscheidungsgrundlage für die Verwaltung bzgl. der zu gewährenden Präventivmaßnahmen erzielt werden. Somit ist die Implementierung einer effizienteren und rechtzeitigen Intervention möglich (John et al. 2005). Dieser Dissertation liegt das seit 1996 vollständig etablierte Verfahren zugrunde. Abbildung 1 illustriert den Einsatz dieses Hautarztverfahrens im Rahmen

der Entwicklung einer Berufsdermatose. Zusätzlich werden die Ebenen der Prävention noch einmal verdeutlicht.

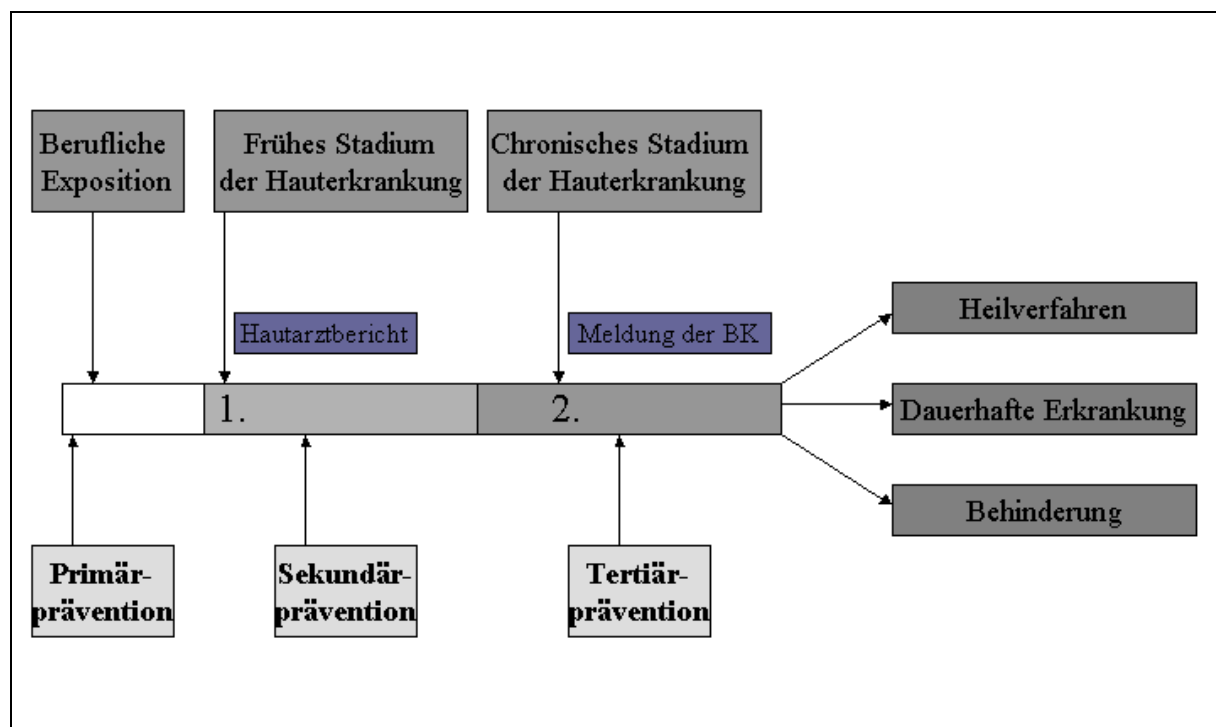


Abbildung 1: Präventionszeitpunkte und der Einsatz des Hautarztberichtes bei Berufsdermatosen modifiziert nach Dickel et al. 2004

Die Einführung des Hautarztverfahrens als zentral präventives Instrument zeigt, welche bedeutsame Größe berufsbedingte Hauterkrankungen bei den Berufsgenossenschaften und im Zusammenhang mit den dargestellten Tatsachen des Kapitels 2.1 insbesondere bei der BGN darstellen. Daraus ergibt sich ein klarer Handlungsbedarf, der seinen Niederschlag in Präventionsprogrammen der Primär- (Heron 1996, Uter et al. 1999, Bauer et al. 2002, Held et al. 2001, Schlesinger 2001, Riehl 2001), Sekundär- (Grieshaber 1997, Appl 2000) und Tertiärprävention (Schwanitz 1999, Schwanitz 2002, Skudlik und Schwanitz 2002) findet.

---

### **2.3 Das Sekundärpräventionsprogramm Haut der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten**

Bereits Anfang 1999 hat die Klinik für Dermatologie und dermatologische Allergologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena in Kooperation mit dem Präventivzentrum Erfurt der BGN das Hautpräventionsprogramm (HPP) entwickelt.

Aufgrund der multifaktoriellen Genese von Berufsdermatosen wurde das Sekundärpräventionsprogramm interdisziplinär ausgerichtet. So erfolgte neben einer effizienten, an die jeweilige Situation der Versicherten angepassten, medizinischen Behandlung eine interdisziplinäre Betreuung im Rahmen eines Hautschutzseminars.

Die Erfassung der Teilnehmer des HPP erfolgte über Hautarztberichte, BK-Meldungen, andere Präventionsprogramme der BGN, die berufsgenossenschaftliche gewerbespezifische Sprechstunde der BGN und die Zuweisung über den Betriebsarzt (Stadeler et al. 2001). Anschließend wurden die Versicherten telefonischen oder postalisch über die Möglichkeit einer Teilnahme am HPP informiert. Die Erläuterung von Programmzielen, -inhalte und -ablauf als auch die Einholung der Einverständniserklärung stand dabei im Vordergrund.

Anschließend vereinbarte der Versicherte einen Termin in der berufsdermatologischen Sprechstunde. Innerhalb einer zweistündigen Konsultation wurde durch den Dermatologen zunächst eine standardisierte Anamnese erhoben. Daran schloss sich eine dermatologische Hautbefundung sowie eine Beurteilung hautphysiologischer Parameter an. Zielsetzung der Anamnese und der erhobenen Befunde war eine Diagnosesicherung bzw. -bestätigung.

Zur Visualisierung von Anwendungsfehlern im Hautschutzverhalten bei den Arbeitnehmern wurde die Methode nach Elsner und Wigger-Alberti 1997 angewendet. Hierbei konnten durch die praktische Übung des Auftragens einer fluoreszinhaltigen Creme Fehler im Anwendungsverhalten von Schutz- und Pflegepräparaten mittels Fluoreszenzlampe aufgezeigt werden. Der behandelnde Dermatologe am Heimatort erhielt als Ergebnis der berufsdermatologischen Sprechstunde einen ausführlichen Befundbericht mit Empfehlungen für die Therapie und den arbeitsplatzbezogenen Hautschutz. Für den Zeitraum der Teilnahme am HPP (maximal zwei Jahre) wurden die Kosten für die empfohlenen Hautschutz- und -pflegepräparate sowie Schutzhandschuhe von der BGN übernommen.

---

Des Weiteren erfolgte, das Einverständnis des Patienten und des Arbeitgebers vorausgesetzt, eine Expositionsanalyse am Arbeitsplatz. Die Ergebnisse der Arbeitsplatzanalyse wurden zusammen mit einer Verlaufsanamnese und -untersuchung in einer, je nach Schweregrad des klinischen Bildes im Abstand von drei oder sechs Monaten, eingeleiteten Nachuntersuchung bewertet. Anschließend wurden die Empfehlungen zur Therapie und Prävention aktualisiert und an den betreuenden Hautarzt weitergeleitet (Bauer et al. 2001b, Stadeler 2003).

Die Teilnehmer des HPP hatten weiterhin die Möglichkeit, an einem interdisziplinären Hautschutzseminar teilzunehmen. Die Betreuung wurde dort durch ein Team aus Psychologen, Dermatologen, Arbeitsmediziner und Sicherheitsfachkraft gewährleistet. Dabei wurden folgende Punkte thematisiert (Stadeler et al. 2001):

- Frühsymptome, Prädiktoren von Hauterkrankungen
- Hauterkrankung und Beruf, Berufserkrankungen
- Typische dermatologische Krankheitsbilder für das Back-, Hotel- und Gaststättengewerbe
- Hautreinigung, Hautschutz, Hautpflege
- Besprechung der Teilnehmerkasuistiken
- Gemeinsame Erstellung/Aktualisierung eines Hautschutzplanes für den jeweiligen Teilnehmer, bezogen auf die individuelle Arbeitsplatzsituation

Andere Präventionskonzepte (Grieshaber 1997, Appl 2000, Kalimo et al. 1999) haben gezeigt, dass diese interdisziplinär ausgerichtete Strategie der Vermittlung von adäquaten Gesundheitsverhalten ein wesentlicher Faktor für die erfolgreiche Prävention ist. Eine Untersuchung zur Bedeutung der Kenntnisse über die berufsbedingte Kontaktdermatitis unter den Betroffenen bestätigte diese Tatsache (Holness und Nethercott 1991).

Wulfhorst 2002 teilt den Ansatz von Hans Jürgen Schwanitz, dass sich die Prävention optimieren ließe, wenn die Präventionsbereiche der medizinischen, psychosozialen und gesundheitspädagogischen Prävention zusammenarbeiten würden. Klippel et al. 2001 favorisieren in ihren Ausführungen über die „sekundäre Individualprävention in der stationären und ambulanten Altenpflege“ ebenfalls ein Vorgehen, das medizinische und gesundheitspädagogische Interventionen einbezieht.



In dem vorgestellten Hautschutzseminar wurden unterschiedliche Aspekte der drei Präventionsbereiche integriert. Eine schematische Darstellung des Ablaufes des HPP bietet die Abbildung 2.

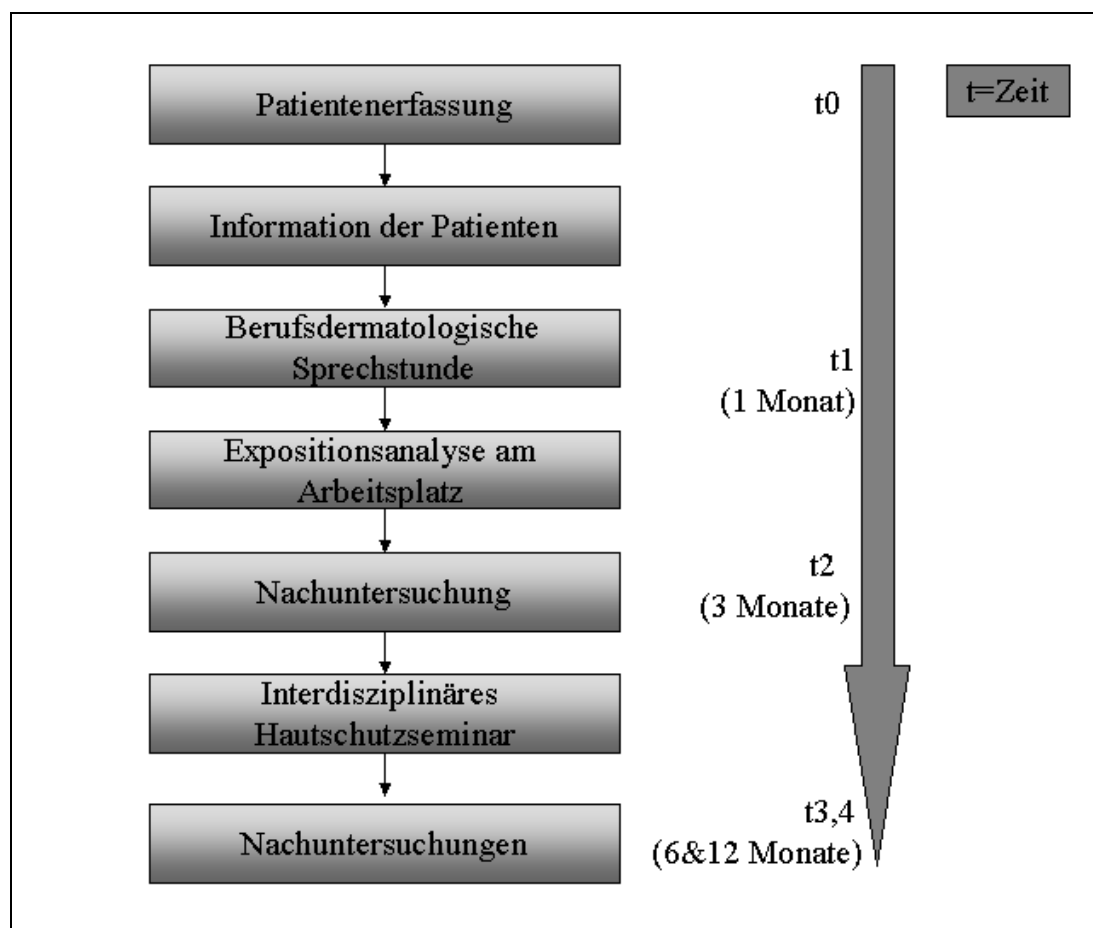


Abbildung 2: Ablauf des HPP

In 73 % der Fälle konnte die Zielsetzung einer Abheilung bzw. Besserung der Symptomatik als auch eine Vermeidung der Chronifizierung einer Berufsdermatose durch eine Teilnahme am HPP erreicht werden (Stadeler 2003). Somit wurde bei vielen Versicherten eine Umschulung bei der gegenwärtig unsicheren Arbeitsmarktsituation vermieden. Gesundheitsökonomisch reduzierten sich gerade durch die Einsparung dieser beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen und weiterer Entschädigungsleistungen die Gesamtkosten im Rahmen des Hautarztverfahrens um ein Drittel bis zur Hälfte (Stadeler 2003). Zusammenfassend lässt sich also

---

konstatieren, dass sich das HPP als praktikabel, effektiv und ökonomisch sinnvoll erwiesen hat.

Diesen Tatsachen, insbesondere der 73 % hohen Erfolgsquote des benutzerfreundlich konzipierten Programms, steht gegenüber, dass etwa nur ein Drittel, laut persönlicher Mitteilung der BGN, von den potenziell in Frage kommenden Versicherten bereit sind, am freiwilligen HPP teilzunehmen.

## 2.4 Compliance und Commitment

Im Kontext mit einer Entscheidung für eine Teilnahme an einer Therapie oder an einer präventiven Maßnahme werden die unterschiedlichen Bezeichnungen Compliance und Commitment, welche auch von den jeweiligen Autoren verschieden definiert werden, verwendet.

Petermann und Warschburger 1997 definieren Compliance als „den Patienten in seiner Bereitschaft zu unterstützen, sowohl gesundheitsförderliche Maßnahmen zu initiieren und umzusetzen als auch gesundheitsschädigende möglichst zu unterlassen oder zu vermeiden“. Folglich wird Compliance hier als Prozeß verstanden, welcher sowohl die Aufnahme einer Therapie bzw. präventiven Verhaltens als auch die jeweilige kontinuierliche Aufrechterhaltung impliziert. Bengel und Strittmacher 1997 differenzieren zwischen einer kurativen und präventiven Compliance. Präventive Compliance subsummiert für sie auch die Inanspruchnahme präventiver Angebote.

Klandermans 1997 verwendet hingegen den Begriff Commitment und unterscheidet dabei zur sprachlichen Abgrenzung einer Teilnahmeentscheidung von einer fortdauernden Teilnahme zwischen Commitment und Continuance Commitment. In einer kürzlich durchgeführten Studie zur Rekrutierung von Frauen zur Krebsvorsorge wurde ebenfalls Commitment als Teilnahmeentscheidung eingesetzt (Bailey et al. 2004).

Daher soll im Rahmen dieser Dissertation die Bezeichnung Commitment als Entscheidung für die Teilnahme an einer präventiven Maßnahme verwendet werden. Compliance wird hier als Fortgang der Teilnahme mit Beginn der ersten Konsultation definiert.

---

## 2.5 Rekrutierungsstrategien

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wurde das Thema Commitment im Kontext berufsbezogener Sekundärpräventionsprogramme in wissenschaftlichen Publikationen nicht bearbeitet (PubMed der letzten 30 Jahre). Aus diesem Grund wurde auf Rekrutierungsstrategien und etablierte Modelle aus anderen Bereichen zurückgegriffen und an die hier vorliegende Dissertation adaptiert.

Um das Commitment von ethnischen Minderheiten (Woods et al. 2004, Abernethy et al. 2005, Maxwell et al. 2005, Swanson und Ward 1995, Naranjo und Dirksen 1998, Banks-Wallace et al. 2004, Satia et al. 2005, Keyzer et al. 2005, Harris et al. 2003, Dennis und Neese 2000, Wilbur et al. 2006), Frauen (Brown et al. 2000), Subgruppen mit geringem sozioökonomischen Status (Bailey et al. 2004, Blumenthal et al. 1995) oder auch unterschiedlicher Altersgruppen (Lovato et al. 1997) zu steigern, wurden in den letzten Jahren zahlreiche Rekrutierungsstrategien entwickelt.

Im Kontext von Forschungsprojekten zur Krebsvorsorge (Kreps und Viswanath 2001, Woods et al. 2004, Bolen et al. 2006, Lai et al. 2006), zur Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen (Banks-Wallace et al. 2004), von Essstörungen (Varnado-Sullivan und Horton 2006) oder von Osteoporose (Ott et al. 2006) aber beispielsweise auch im Bereich der AIDS-Prävention (Witte et al. 2004, McKee et al. 2006, Pappas-Deluca et al. 2006) wurde ein Schwerpunkt auf die Entwicklung dieser Strategien gesetzt.

Witte et al. 2004 unterscheiden vier Rekrutierungsstrategien für Minderheiten in randomisierten klinischen Studien. Die *individuelle Strategie* beinhaltet die Integration von kulturellem Glauben, Verhaltensweisen und Lebensstile in das werbende Material. Außerdem erhalten die potentiellen Teilnehmer als Ausgleich das Angebot von Transport und Kinderbetreuung. Bei der *Forscherstrategie* stehen das Zeigen von Sensibilität gegenüber den Teilnehmern, die Darstellung des Nutzens des Projekts und Rekrutierungspersonal bestehend aus unterschiedlicher Ethnien und Rassen im Vordergrund. Die so genannte *Strategie am Studienzentrum* und *Gemeinschaftsstrategie* sind für diese Dissertation nicht relevant und werden daher nicht weiter ausgeführt.

---

Als eine effiziente Strategie hat sich ein mit dem Verhalten assoziierter Anreizwert etabliert. Mögliche Motivationsfaktoren sind dabei Geld (Edwards et al. 2002, Heinrichs 2006, Lee und Cheng 2006) oder auch andere Anreize, wie z.B. ein Taxi zur Klinik, Telefonkarten und Kinderbetreuung (Bailey et al. 2004). Finanzielle Anreize können initial zu einer gesteigerten Teilnahmebereitschaft führen. Allerdings wird diskutiert, dass Desinteresse an dem eigentlichen gewünschten Verhalten und primäres Interesse an dem in Aussicht gestellten Geldbetrag in einem nicht erwünschten Ergebnis resultiert. Kurzzeituntersuchung an Familien für pädagogische Präventionsprogramme haben gezeigt, dass kein Unterschied in der Compliance zwischen bezahlten und nichtbezahlten Teilnehmern besteht (Heinrichs et al. 2006). Langzeitstudien sind in diesem Rahmen noch notwendig. Halpern et al. 2002 ermittelten, dass mit der Höhe des Geldbetrages die Rücksendung eines beantworteten Fragebogens stieg. Da sich potenziell teilnehmende und nichtteilnehmende Personen unterscheiden, sollten gleichzeitig die erwartete mögliche Teilnahmequote an einer Intervention und die entstehenden Kosten betrachtet werden. Shaw et al. 2001 ermittelten beispielsweise ähnliche Teilnahmeraten bei einer Umfrage mit den jeweiligen Angebot von 2 US Dollar oder 5 US Dollar. Voraussetzung für solche Quoten war ein nochmaliges Anschreiben per E-Mail nach dem erstmaligen Angebot. Satia et al. 2005 weisen allerdings darauf hin, dass andere Faktoren wie beispielsweise das Erlernen von Diätmaßnahmen oder personelle Aufmerksamkeit (Woods et al. 2004) stärker für eine Teilnahme motivieren als die zuvor aufgeführten Anreize.

DiClemente et al. 1999 nehmen eine Einteilung in *äußere*, wie beispielsweise finanzielle Anreize, und *innere Motivationsquellen* vor. Ein Beispiel für eine innere Motivationsquelle ist das Gefühl, den mit einer Verhaltensänderung einhergehenden Anforderungen gewachsen zu sein. Dabei ist eine innere Motivationsquelle im Gegensatz zur Äußeren eher mit einer langfristigen Verhaltensänderung, wie z.B. der Alkoholabstinenz, assoziiert. Für die Commitmenterhöhung stellt der Anreiz allerdings einen bedeutenden Motivationsfaktor dar (Brown et al. 2000).

## 2.6 McGuires Persuasionsmodell

Um ein bestimmtes Gesundheitsverhalten zu initiieren, ist die Betrachtung von erfolgreichen Kommunikationsstrategien von Bedeutung. Kreuter und McClure 2004 nehmen die Definition von Lasswell 1948 zur Kommunikationsbeschreibung wieder auf. Diese lautet: „*Wer sagt was durch welchen Kanal zu wem und mit welchem Effekt.*“ Im Verlauf der Entwicklung der Dissertation wurden verschiedene Kommunikationsmodelle in Betracht gezogen. Die größte Übereinstimmung mit der Zielsetzung der hier vorliegenden Arbeit zeigte das Persuasionsmodell von McGuire. Mit einer effizienten Kommunikation werden in diesem Modell, welches in Abbildung 3 illustriert ist, genau die von Lasswell 1948 zitierten Faktoren assoziiert (Bull et al. 2001). Als Output-Variablen dienen neben affektiven und kognitiven Ergebnissen auch Verhaltensergebnisse (Kreuter und McClure 2004). In dieser Dissertation sollen die Input-Variablen Informationsmedium, Nachricht, Informationsquelle und Empfänger den Rahmen der Darstellung der hier entwickelten Rekrutierungsstrategie bilden.

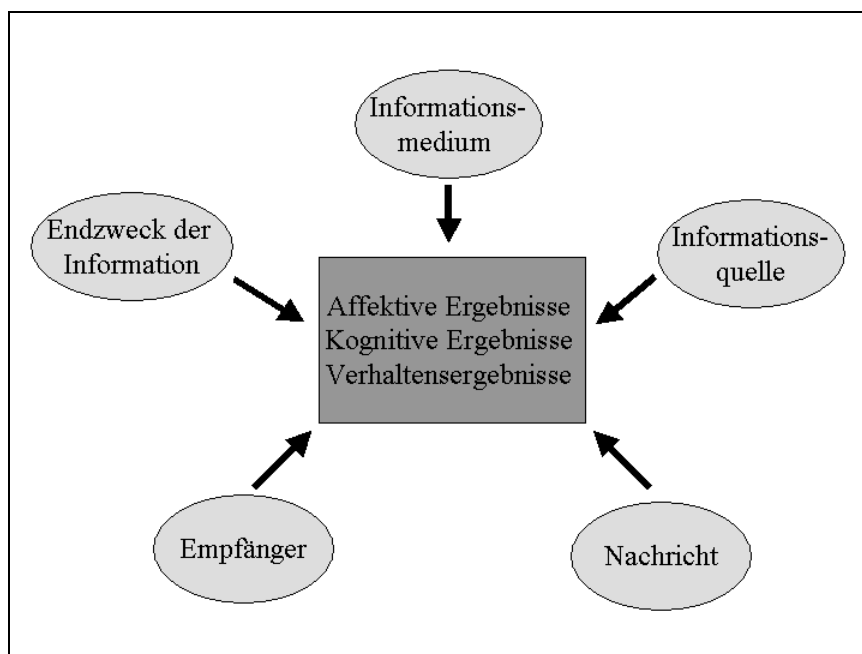


Abbildung 3: McGuires Persuasionsmodell

---

### 2.6.1 Informationsmedium

Die Verbreitung einer Nachricht durch ein bestimmtes Informationsmedium beeinflusst wesentlich dessen Effektivität. Allerdings sind die Effekte des Informationsmediums sehr komplex und werden oft auch über die Nachrichtenquelle, die Nachricht als solche und Faktoren des Empfängers vermittelt (Kreuter und McClure 2004). Befürwortet z.B. der Empfänger subjektiv ein erhaltenes Material, so wird er dieses eher verwenden und lesen.

Des Weiteren ist die Wirkung eines Informationsmediums auch von der Vorbereitung des Empfängers abhängig. So erfolgt beispielsweise die Verarbeitung einer Botschaft nicht immer auf aktivem kognitiven Weg (Bisson und Rehm 1989). Gerade bei Personen mit einer geringen Motivation oder Fähigkeit zur Verarbeitung sind nebensächliche Hinweisreize relevant. Hieraus resultieren die Aufmerksamkeit und die Auseinandersetzung mit einer Botschaft durch einen Empfänger.

Harris et al. 2003 differenzieren zwischen *proaktiven* und *reaktiven Rekrutierungsstrategien*, indem sie diese über das Informationsmedium definieren. Unter proaktiven Medien werden Empfehlungen von Freunden und Familienmitgliedern, aber auch der Kontakt des Forschers mit den Adressierten zusammengefasst (Harris et al. 2003). Zu dieser sich durch den persönlichen Kontakt auszeichnenden Strategie zählen Velicer und Prochaska 1999 auch das Telefon oder ein individualisiertes Material als Medium der Informationsübertragung. Diese Medien werden eher effizient bei Personen mit höheren Einkommen eingesetzt.

Unter reaktiven Medien subsummieren sie Poster, Radio, Fernsehen und Zeitung. Diese Medien bieten sich vor allem zur Verbreitung von beispielsweise Präventivmaßnahmen in der gesamten Öffentlichkeit oder speziellen Subgruppen an. Insbesondere bei der Bevölkerung mit geringeren Einkommen wird diese Strategie zur Rekrutierung erfolgreich eingesetzt. In verschiedenen Studien von Lacey 1993, Lee et al. 1997, Grunbaum et al. 1996 und Yancey et al. 2001 konnte gezeigt werden, dass mit den reaktiven Medien im Vergleich zu den proaktiven eher höhere Commitmentraten erzielt werden können. Diese Studien konnten Velicer und Prochaska 1999 nicht bestätigen. Sie beobachteten eine Commitmentrate von 5 % bei Rauchern in Bezug auf die Einstellung des Zigarettenabusus.

Wie aus dieser Diskrepanz ersichtlich, existieren gegenwärtig also verschiedene Studien, welche eine unterschiedliche Wirksamkeit der re- bzw. proaktiven Rekrutierungsstrategien bele-

---

gen. So schlussfolgern Harris et al. 2004, dass weitere Studien notwendig sind, um die Effektivität von proaktiven und reaktiven Rekrutierungsstrategien zu identifizieren.

Wahrscheinlich ist die Effektivität von ihrem jeweiligen Einsatzort abhängig und die Einteilung zwischen proaktiven und reaktiven Rekrutierungsstrategien entsprechend dem Informationsmedium eher künstlich. Aus der medizinischen Teildisziplin Public Health ist bekannt, dass reaktive Medien eher zur Sensibilisierung der Bevölkerung mit bestimmten Thematiken und proaktive Medien eher zur gezielten Kommunikation mit bestimmten Subgruppen der Bevölkerung eingesetzt werden.

Eine andere in der Forschung geläufige Einteilung von Informationsmedien differenziert zwischen dem *persönlichem Kontakt* und den *vermittelnden Interventionen*, wie Druckmedien, Telefon, Video oder Internet (Napolitano und Marcus 2002). Der persönliche Kontakt gilt als Goldstandard der Interventionen. Er vermittelt ein sofortiges individualisiertes Feedback und konzentrierte Information. In einigen aktuellen Studien (Vivilaki et al. 2005, Wilson und Orans 2005) wurde die hohe Effizienz des persönlichen Kontakts nachgewiesen. Allerdings wird die Anwendung dieses Informationsmediums durch den hohen Zeitaufwand und die Kosten limitiert. Vermittelnde Interventionen können im Gegensatz zum persönlichen Kontakt eine größere Anzahl von Menschen erreichen (Napolitano und Marcus 2002, Di Noia et al. 2003, Marcus et al. 2000). Außerdem sind sie in der Regel weniger kostenintensiv als der persönliche Kontakt. Die Druckmedien, wie z.B. Broschüren, persönliche Anschreiben, Magazine, das Internet aber auch der Kontakt per E-Mail haben weitere Vorteile. Diese Informationsmedien stimulieren selbstinitiierte Veränderungen, minimieren Zeitbarrieren (Person kann den Zeitpunkt zum Lesen selbst bestimmen) und können wieder benutzt werden. Dabei besteht jedoch die Gefahr, dass das Material nicht geeignet ist. Außerdem kann es zu einem Mangel an sozialer Unterstützung infolge des unpersönlichen Kontakts kommen. Doch gerade die neueren Medien wie E-Mail konnten in Rekrutierungsversuchen effizient eingesetzt werden. Generell stellen die Druckmedien, das Internet aber auch der persönliche Kontakt geeignete Kommunikationsmedien zur Initiierung eines bestimmten Gesundheitsverhaltens dar.

---

### 2.6.2 Nachricht

Die Input-Variable Nachricht des Persuasionsmodells von McGuire umfasst den Inhalt und die Struktur einer Botschaft (Kreuter und McClure 2004). Ein leicht verständliches Material resultiert in einer mit der Botschaft assoziierten Attraktivität, Vertrauenswürdigkeit und einer Anwendbarkeit auf das eigene Leben. So beschreiben Friedman und Hoffman-Goetz 2003 im Zusammenhang mit Krebsinformationen für Senioren die Bedeutung eines verständlichen und somit lesbaren Levels für die Zielgruppe. Wird eine Nachricht als informativ, ermutigend und auf das eigene Leben anwendbar empfunden, so wird diese eher von den Empfängern subjektiv befürwortet und verstanden (Bull et al. 2001).

Die eine Nachricht charakterisierende Begriffe, zielgerichtet, personalisiert oder maßgeschneidert, werden fast synonym verwendet. Daher ist es notwendig eine Terminologiebestimmung vorzunehmen. Kreuter et al. 1999 führten eine Nachrichtentaxonomie ein. Die Autoren beschreiben sie als ein Kontinuum zwischen den zwei Extremen *total allgemein gehalten* und *perfekt maßgeschneidert*. Dazwischen reihen sich, angefangen bei total allgemein gehalten, *zielgerichtet*, *oberflächlich personalisiert* und *maßgeschneidert* ein.

„Eine Größe passt für alle“, so bezeichnen Napolitano und Marcus 2002 den Ansatz der allgemein gehaltenen Information. Damit weisen sie aber auch auf einen schwerwiegenden Nachteil dieser Vermittlungsstrategie hin. Eine allgemein gehaltene Nachricht adressiert nicht die spezifischen Charakteristika eines Empfängers. Dieser muss sich aus der Fülle von Informationen, die für ihn wichtigen Botschaften herausfiltern. Der große Vorteil dieser Art von Nachricht ist ihre Kostengünstigkeit und die Möglichkeit sie massenhaft zu produzieren.

Die Prämisse für den Entwurf einer zielgerichteten Nachricht ist die Annahme einer homogenen Gruppe (Kreuter et al. 2002). Eine zielgerichtete Nachricht zeichnet sich also dadurch aus, dass ihre Zielgruppe eine spezifische Subgruppe ist, welche bestimmte Charakteristika miteinander teilt. Dabei erhalten alle Mitglieder dieser Subgruppe die gleiche Botschaft. Dieses Verfahren ist finanziell leicht umsetzbar und konnte gleichzeitig in Studien für Verhaltensänderungen nachweislich werben (Kreuter et al. 2002). Andererseits weisen Kreuter et al. 1999 darauf hin, dass die Annahme der Existenz einer ausreichenden Homogenität unter



---

Mitgliedern einer demographisch definierten Bevölkerung größtenteils unbegründet ist. Faktoren wie Name, Rasse und Alter enthalten nach der Meinung der Autoren wenig Information über die kognitiven und verhaltensbezogenen Mechanismen zur Beeinflussung einer gesundheitsbezogenen Entscheidung oder Handlung. Damit beziehen sie sich auch auf die oberflächlich personalisierte Nachricht, bei welcher der Name in ein Anschreiben beispielsweise eingefügt wird, um die Aufmerksamkeit des Empfängers auf sich zu ziehen.

Eine maßgeschneiderte Nachricht basiert auf den Charakteristika einer einzelnen Person und ist auch nur für diese intendiert. Diese Strategie adressiert also nur die Faktoren, die für den Empfänger wichtig sind und ist somit meist adäquat für diesen. Die Verwendung von maßgeschneiderten Nachrichten hat sich in einigen Studien als sehr effizient erwiesen (Kreuter et al. 2004, Nansel et al. 2002, Marcus et al. 1998a). Nachteile dieses Verfahrens sind die hohen Kosten und der Zeitaufwand für die Einschätzung des Empfängers.

In Analogie zu der von Kreuter et al. 1999 entwickelten Nachrichtentaxonomie beschrieben DiClemente et al. 2001 das erzielte Feedback durch eine Nachricht. Bei einer zielgerichteten Nachricht ist das zielgerichtete Feedback dadurch gekennzeichnet, dass die Verbindung zwischen der gegebenen Information und dem individuellen Fall für den Empfänger leichter herzustellen ist, als das bei einer allgemein gehaltenen Botschaft der Fall ist. Ein personalisiertes Feedback, welches durch eine maßgeschneiderte Information vermittelt wird, erfordert einen geringen Aufwand seitens des Empfängers, um die persönlich relevanten Informationen zu erhalten. Allerdings räumen DiClemente et al. 2001 ein, dass mit dieser Methode nicht garantiert werden kann, die wichtigsten Aspekte zur Problemlösung für den Empfänger adressiert zu haben.

Die Effizienz von zielgerichteten und maßgeschneiderten Nachrichten wird zum Teil widersprüchlich beurteilt. Studien von Skinner et al. 1999 sowie Kreuter und Wray 2003 zeigten, dass maßgeschneiderte Nachrichten im Vergleich zu nicht-maßgeschneiderten eher gelesen, erinnert oder gemocht werden. Außerdem erzielten sie mehr Aufmerksamkeit und Glaubwürdigkeit. Diese Konstellation wird auf die Stimulierung kognitiver Aktivitäten, erzielte positive Gedanken zum Material mit einer entsprechenden Verhaltensintention und einer positiven Selbsteinschätzung des Empfängers zurückgeführt (Kreuter und Wray 2003). In anderen Untersuchungen wurde jedoch beobachtet, dass sich viele Teilnehmer einer Intervention nicht an

---

das maßgeschneiderte Material erinnern oder dieses gar nicht erst lesen (Skinner et al. 1994, Campbell et al. 1994, Kreuter und Strecher 1996, Bull und Jamrozik 1998).

In einer Studie zum Vergleich der Effektivität von maßgeschneiderten und zielgerichteten Nachrichten (Kreuter et al. 2000) konnten folgende Punkte eruiert werden:

- (1.) An den Adressaten gut angepasstes, zielgerichtetes Material zieht genauso viel Aufmerksamkeit auf sich wie das Maßgeschneiderte.
- (2.) An den Adressaten gut angepasstes, zielgerichtetes Material wird von den Empfängern genauso gemocht wie das Maßgeschneiderte.
- (3.) An den Adressaten gut angepasstes, zielgerichtetes Material wurde von den Empfängern als informativer und nützlicher erachtet als das Maßgeschneiderte.
- (4.) Beide Materialien unterschieden sich nicht signifikant in der erzielten Selbstwirksamkeit (Begriffserklärung siehe 2.6.4).

Die Autoren schlussfolgerten hier, dass beide Materialien gleichberechtigt zu einer Verhaltensänderung führen können. Adressieren zielgerichtete Materialien wichtige Konstrukte von Theorien der Verhaltensänderung und weitere für eine Subgruppe wichtige Determinanten, so ist die Differenz in der Effizienz dieses Materials im Vergleich zu einer maßgeschneiderten Botschaft sehr gering oder praktisch nicht vorhanden (Kreuter et al. 2000, Kreuter und Wray 2003, Kreuter et al. 2002). Dafür ist aber die Identifizierung der Schlüsseldeterminanten einer Zielgruppe essentiell (Marcus et al. 1998b, Bull et al. 1999).

### **2.6.3 Informationsquelle**

In einem Kommunikationsgeschehen hängt die Wirkung einer Informationsquelle unter anderem stark von ihrer Glaubwürdigkeit ab. Die Informationsquellenwirkung umfasst darüber hinaus die Sachkenntnis und die Vertrauenswürdigkeit. Die Effekte dieser Komponenten sind in der Regel kontextabhängig und im Zusammenhang mit den anderen Faktoren des Persuasionsmodells von McGuire zu sehen. Allerdings ist das Vorhandensein von Sachkenntnis und Vertrauenswürdigkeit eher mit einer Überzeugung des Empfängers assoziiert. Werden Informationsquellen gemocht, so sind diese eher vertrauenswürdig aber nicht immer mit der Wahrnehmung einer entsprechenden Sachkenntnis der Quelle verbunden (Kreuter und McClure 2004).

---

Existieren Ähnlichkeiten zwischen der Informationsquelle und dem Empfänger so wird diese eher gemocht und als vertrauenswürdig erachtet. Außerdem kommt es zur Schlussfolgerung, dass auch Ähnlichkeiten in den Einstellungen zwischen dem Empfänger und der Informationsquelle bestehen. Diese führen zu einer gesteigerten Attraktivität, Respekt und Vertrauen in die Informationsquelle seitens des Empfängers, welche wiederum die Aufmerksamkeit des Empfängers positiv beeinflussen (Bull et al. 2001, Kreuter und McClure 2004). In einer Studie von Erwin et al. 1999 konnte beispielsweise gezeigt werden, dass Patienten mit einer überstandenen Brustkrebserkrankung, die in ihrer Gemeinde über ihre Erfahrungen mit der Erkrankung sprachen, zu einer signifikanten Erhöhung des Commitments an Mammographieuntersuchungen führten.

#### **2.6.4 Empfänger**

Der Faktor Empfänger des Persuasionsmodells von McGuire beinhaltet eine soziodemographische, eine physische und psychosoziale Dimension (Bull et al. 2001).

Den soziodemographischen Charakteristika sind Alter, Geschlecht, Beruf und Ausbildungsstand zuzuordnen. Der physische Aspekt des Empfängers beinhaltet Kriterien wie Erkrankungen und Risikofaktoren.

Zur Betrachtung der psychosozialen Dimension sollen das Sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens nach Schwarzer (Schwarzer 1996) und das Transtheoretische Prozessmodell Prochaskas (Prochaska 1984, Prochaska und DiClemente 1983, Prochaska und Velicer 1997) der Verhaltensänderung vorgestellt werden. Diese Modelle spielen eine wesentliche Rolle für das Verständnis der Entstehung und Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens, da sie sich mit dem Gesundheits- und Krankheitsverhaltens auseinandersetzen. Beide Modelle bieten einen sich gegenseitig ergänzenden Rahmen, um die Ergebnisse dieser Dissertation wissenschaftlich einzuordnen.

---

#### 2.6.4.1 Das Transtheoretische Modell Prochaskas

Das Transtheoretische Modell (TTM) der Verhaltensänderung entwickelte Prochaska durch eine Analyse von Wirkfaktoren der Psychotherapie (Prochaska 1984). Laut Basler et al. 1999 kommt ihm der Verdienst zu, das Verständnis über motivationale Prozesse während der Verhaltensänderung erweitert und außerdem empirisch begründete Strategien zur Motivationsförderung, wie z.B. der Teilnahme an präventiven Maßnahmen (Prochaska et al. 2001), aufgezeigt zu haben.

Die deskriptive, kognitive und prozedurale Ebene stellen die drei Modellebenen des TTM dar. Im Vergleich zu den bisher führenden Modellen, welche eine Verhaltensänderung als Ereignis konstruierten, zeigt das Stufenkonstrukt der *deskriptiven Ebene* eine zeitliche Dimension (Prochaska und Velicer 1997). Im TTM wird also eine Verhaltensänderung als ein Prozess betrachtet, welcher sechs Stufen umfasst: *Sorglosigkeit*, *Bewusstwerden*, *Vorbereitung*, *Handlung*, *Aufrechterhaltung* und *Beendigung*. *Sorglosigkeit* beinhaltet keine Handlungsintention für die nächsten 6 Monate. Unter *Bewusstwerden* versteht man eine Handlungsbeabsichtigung in den nächsten 6 Monaten. Eine Handlungsabsicht in absehbarer Zukunft charakterisiert Individuen der Vorbereitungsstufe. Typisch für diese sind bereits signifikante Inanspruchnahmen von möglichen Verhaltensänderungen im Laufe des letzten Jahres. Die Motivationsstufe *Handlung* impliziert die Modifikation des Lebensstils innerhalb der letzten sechs Monate. *Aufrechterhaltung* beinhaltet die Beibehaltung der neuen Verhaltensweise für sechs Monate bis fünf Jahre. Personen in der *Beendigungsstufe* fallen nicht in ihre alte Verhaltensweise zurück und haben damit 100 % Selbstwirksamkeit. Da diese Stufe der vollständigen und konsequenten Annahme der Verhaltensänderung entspricht, wird in vielen weiteren Publikationen das TTM nur in fünf Stufen eingeteilt (Ehlebracht-König 2003, Basler et al. 1998, Basler et al. 1999). Die genannten Stufen können nicht übersprungen, aber mehrmals durchlaufen werden.

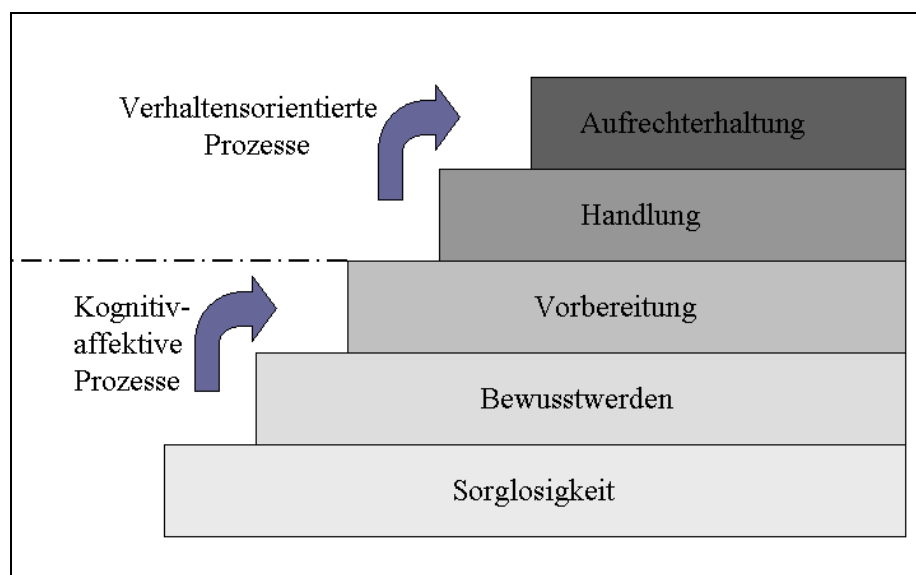


Abbildung 4: Transtheoretische Prozessmodell Prochaskas modifiziert nach Ehlebracht-König 2003

Unter der *kognitiven Ebene* sind die *Selbstwirksamkeitserwartung* und die *Entscheidungsbalance* subsummiert.

Die Selbstwirksamkeitserwartung umfasst die Zuversicht, selbst in Situationen mit Rückfalloptionen das gewünschte Verhalten zu zeigen. Dieses Konstrukt stammt aus der Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura 1977. Die Selbstwirksamkeitserwartung nimmt mit dem Fortschreiten innerhalb der Stufen der Verhaltensänderung zu (Schmid et al. 1999).

Die Entscheidungsbalance beinhaltet die Abwägung der Vor- und Nachteile eines Zielverhaltens. Die Wahrnehmung der Vor- und Nachteile des Zielverhaltens ist in der Stufe des Bewusstwerdens ausbalanciert. Auf der Sorglosigkeitsstufe überwiegen die realisierten Nachteile und in den weiteren Stufen die Vorteile eines Zielverhaltens (Prochaska und Velicer 1997, Basler et al. 1998, Sarkin et al. 2001). Die wahrgenommenen Vorteile des Zielverhaltens nehmen mit einem Fortschritt innerhalb der Stufen zu (Rakowski et al. 1992, Marcus et al. 1992a, Rossi et al. 2001, Schmid et al. 1999, Lee 1993, Booth et al. 1993).

Auf der *prozeduralen Ebene* werden Prozesse aufgeführt, welche zum Fortschreiten von einer Stufe der Verhaltensänderung zur nächsten führen können. In einer höheren Ordnungsstruktur von zwei Faktoren, repräsentiert durch *Kognitiv-affektive-Prozesse* und *Verhaltensorientierte Prozesse*, kann man die 10 Prozesse der Verhaltensänderung zusammenfassen. Die für diese

Dissertation relevanten Kognitiv-affektiven-Prozesse sind in der Tabelle 1 illustriert (Prochaska und Velicer 1997, Marcus et al. 1992b).

Kognitiv-affektive-Prozesse	Definition
Problembewusstsein	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ansteigendes Bewusstsein des Individuums über die Ursachen und Konsequenzen eines bestimmten Verhaltens</li> <li>• erzielen von Verständnis und Rückhalt für das Problem</li> </ul>
Dramatische Entlastung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• initiale Produktion von gesteigertem emotionalen Erleben</li> <li>• folgende Reduktion dieser Emotion falls geeignete Gegenmaßnahmen möglich sind</li> </ul>
Umweltbewertung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betrachtung und Einschätzung des Individuums über die Auswirkung seines Verhaltens auf die Umwelt</li> </ul>
Selbstbewertung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• das Individuum respektiert sein Problemverhalten</li> <li>• es erfolgt eine emotionale und kognitive Neubewertung dieses Verhaltens</li> </ul>

*Tabelle 1: Prozesse der Verhaltensänderung nach dem TTM Prochaskas*

In den Studien von Prochaska et al. 1992 als auch von Prochaska und Velicer 1997 konnte gezeigt werden, dass Personen, welche sich in der Stufe des Bewusstwerdens befinden, Techniken des Problembewusstseins anwenden. Außerdem sind sie sensibilisiert für den Prozess der Dramatischen Entlastung. Ein initial gesteigertes Emotionserlebnis führt somit zu einer Minderbewertung der negativen Konsequenzen, die eine Verhaltensänderung in sich birgt. Des Weiteren bewerten Personen der Bewusstwerdensstufe die Auswirkungen ihres Verhaltens auf die Umwelt und sich selbst neu. Ein Übergang von der Stufe des Bewusstwerdens zur Vorbereitungsstufe kann durch die Anwendung dieser Prozesse erfolgen. Auch in der Stufe

---

der Vorbereitung werden einige dieser Prozesse aufrecht erhalten und können letztlich zur Fortbewegung in die Handlungsstufe führen.

Bauer et al. 2002 beobachteten in einer Studie zur Primärprävention von Berufsdermatosen bei Bäckerlehrlingen, dass die Hautrisikofaktoren des erwähnten Berufes den meisten Lehrlingen nicht bewusst waren. Es existierte keine Absicht, ein individuelles Hautschutzverhalten anzunehmen. Diese Lehrlinge sind somit der Stufe der Sorglosigkeit zuzuordnen. Auszubildende, welche in der Vergangenheit bereits ein Handekzem hatten, kannten ihre Prädisposition für eine Berufsdermatose und besaßen die Absicht in der Zukunft etwas dagegen zu unternehmen. Sie erfüllen somit die Kriterien der Bewusstwerdensstufe. Einige wenige Lehrlinge, welche der Vorbereitungsstufe angehörten, haben inkonsequent Hautschutzmaßnahmen umgesetzt. Damit diese Lehrlinge der Stufe der Handlung zugehörig werden, müssen sie einen konsequenten und effizienten Hautschutz in ihren Lebensstil integrieren.

In einer Studie von Marcus et al. 1992c zur Commitmenterhöhung bezüglich einer körperlichen Betätigung bei Arbeitnehmern mit sitzender Beschäftigung konnte gezeigt werden, dass sich 23,1 % der Arbeitnehmer in der Bewusstwerdensstufe und 30,4 % in der Vorbereitungsstufe dieses Verhaltens befanden. Diese Werte entsprechen in etwa der Daumenregel Prochaskas und Velicers 1997, die besagt, dass sich 40 % der Risikobevölkerung in der Sorglosigkeits-, 40 % in der Bewusstwerdens- und 20 % in der Vorbereitungsstufe befinden.

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass Materialien, die maßgeschneidert oder zielgerichtet, diese Stufen zukünftiger Teilnehmer von Präventivmaßnahmen adressieren, effektiv in der Commitmenterhöhung und der Aufrechterhaltung eines solchen Verhaltens sind (Rakowski et al. 1998, Marshall et al. 2003, Marcus et al. 1998a). Durch die gezielte Verwendung der Prozesse der prozeduralen Ebene des TTM, die Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung und eine Adressierung der Entscheidungsbalance kann ein Fortschreiten innerhalb der Stufen des TTM erzielt werden. Somit ist die Initiierung einer Verhaltensänderung als auch deren Aufrechterhaltung möglich.

---

#### 2.6.4.2 Das Sozial-kognitive-Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens nach Schwarzer

Eine Synthese aus verschiedenen besonders einflussreichen, empirisch teilweise gut bewährten Konzepten des Gesundheitsverhaltens unter Ausschluss der Schwächen dieser Theorien ist die Zielsetzung des Sozial-kognitiven-Prozessmodells (SCM) von Schwarzer (Schwarzer 1996). Als Grundlage dieser Theorie dienten das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (Health-Belief-Modell), das Modell des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior), das Modell der Selbstwirksamkeit (Self-Efficacy-Theory), die Theorie der Schutzmotivation (Protection Motivation Theory) und die Volitionstheorie (Wulfhorst 2002, Schwarzer 1996, Knäuper und Schwarzer 2000, Schroder und Schwarzer 2005).

Laut Bott 2000 ist Motivation „ein hypothetisches Konstrukt, das eine Kombination unterschiedlicher Einstellungen bzw. Erwartungen beschreibt, die letztlich erklären sollen, warum Menschen bestimmte Intentionen bzw. Vorsätze bilden“. Um also eine Änderung des Gesundheitsverhaltens zu zeigen, muss zunächst eine Intentionsbildung erfolgen. Daher unterscheidet Schwarzer in seinem Modell zwischen einer *präintentionalen Motivationsphase* und einer *postintentionalen Volitionsphase* (Knäuper und Schwarzer 2000).

In der Motivationsphase wird postuliert, dass die Motivation von der *Risikowahrnehmung*, *Handlungsergebniserwartung* und *Selbstwirksamkeitserwartung* abhängig ist.

Aus dem wichtigen stressrelevanten Variablenkomplex der Verwundbarkeit (als Synonym auch Vulnerabilität verwendet) und dem Schweregrad resultiert der daraus subjektiv empfundenen Grad der Risikowahrnehmung, auch Bedrohung genannt. Unter der Vulnerabilität versteht Schwarzer 1996 die Situations-Ergebnis-Erwartung, wie z.B. „Wenn ich so weiterlebe und nichts gegen meine Hauterkrankung unternehmen, dann kann diese chronisch werden.“ Beim Schweregrad handelt es sich um die Ergebnis-Folge-Erwartung. Dieses Konstrukt impliziert beispielsweise folgenden Gedankengang: „Aufgrund einer Chronifizierung meiner Hauterkrankung werde ich zur Aufgabe meines Berufes gezwungen.“. Umso stärker die Bedrohung eines Status quo wahrgenommen wird, desto größere Bedeutung sollte die Zielhandlung haben.



---

So umfasst die Handlungsergebniserwartung, auch Konsequenzerwartung genannt, den Zusammenhang zwischen Handlung und angestrebtem Ziel, welcher vom jeweiligen Individuum erkannt werden muss. Dies impliziert das Wissen über wirksame Maßnahmen, die das gewünschte Ergebnis herbeiführen.

Hierbei erfolgt eine Abwägung von Vor- und Nachteilen einer Handlung. In Zusammenhang mit der didaktischen Konzeption von Patientenschulungen zeigt Bott 2000 auf, dass möglichst viele Vorteile eines präventiven Verhaltens darzustellen und Nachteile zu minimieren sind. Mögliche Anreizwerte umfassen dabei die Selbstbewertung bzw. die Fremdbewertung (Ermutigung durch andere). Durch zunehmende Anreizwerte und die Wahrscheinlichkeit des Eintreffens positiver Konsequenzen wächst somit die Motivationsstärke, um beispielsweise an einer präventiven Maßnahme teilzunehmen. Laut Bott 2000 zeigt sich in dieser dargestellten Konstellation das grundsätzliche Dilemma des präventiven Gesundheitsverhaltens. Der Anreizwert ist hier eine vage Größe und verlangt langfristiges antizipatorisches Denken. Dem steht gegenüber, dass die Belastungen und Einschränkungen durch die Teilnahme an präventiven Maßnahmen unmittelbar und nicht spekulativ sind. Idealerweise sollte also präventives Verhalten mit einem unmittelbaren Belohnungswert verknüpft werden.

Die Rolle der *Sozialen Umwelt* bezeichnet Schwarzer 1996 als Spezialfall der Handlungsergebniserwartung. Durch Modellverhalten und durch Erwartungsdruck bedingt sie die eigene Intentionsbildung mit.

Die Selbstwirksamkeitserwartung entspricht der Wirksamkeitserwartung Banduras 1977, die auch Kompetenzerwartung genannt wird. Sie charakterisiert, inwieweit sich Patienten die Implementierung notwendiger Verhaltensänderungen zutrauen. Die Wirksamkeitserwartung hängt von den Vorerfahrungen und den subjektiv empfundenen Fähigkeiten einer Person ab.

Den Erwerb der Kompetenzerwartung kann man durch direkte, stellvertretende oder symbolisierte Erfahrungen und durch Gefühlsregungen (Bandura 1977, Gonzalez et al. 1990) erzielen. Direkte Erfahrungen entstehen durch das erfolgreiche Bewältigen einer Anforderungssituation. Die empirische Prüfung der direkten Erfahrungen erfolgt beispielsweise in Schulungsprogrammen für Patienten mit Morbus Bechterew, wobei in diesem Fall der Schwerpunkt auf der Aufrechterhaltung der Verhaltensänderung und weniger auf die Initiierung gelegt wurde (Knäuper und Schwarzer 2000). Im Rahmen stellvertretender Erfahrungen lernen Betroffene durch Beobachtung anderer (Modell-Lernen). Das Beobachtungslernen ist besonders effektiv,

---

wenn das Verhaltensmodell Anerkennung genießt und eine möglichst große Ähnlichkeit zu der Erfahrungswelt des Betroffenen besteht (Schwarzer 1996). Symbolische Erfahrung impliziert verbale Beeinflussung, wie beispielsweise Überredung. Gefühlsmäßige Erregung führt zu Körperrückmeldungen.

Die drei beschriebenen Komponenten der Motivationsphase führen zur Intentionsbildung. Anschließend kommt es zum Übergang in die Volitionsphase. Man kann dabei eine *kognitive*, eine *handlungsbezogene* und eine *situative Ebene* unterscheiden (Schwarzer 1996).

Auf der handlungsbezogenen Ebene spielt die Volition eine zentrale Rolle. Schwarzer definiert sie als „Sammelbegriff für alle handlungsbezogenen Kognitionen direkt vor, während und nach einer Handlung“.

Die *präaktionale Phase* der Volition umfasst den Handlungsplan, welcher auch als Vorsatz bezeichnet wird. Hier kommt die Selbstwirksamkeitserwartung erneut zur Geltung, welche die kognitive Ebene der Volitionsphase darstellt. Denn bei der Handlungsplanung ist entscheidend, ob sich das Individuum auch in der Lage sieht, bestimmte Handlungen auszuführen. Anschließend kommt es zur Handlungsinitiierung als Teil der präaktionalen Phase.

In der aktionalen Phase kommt es zur Handlungsausführung und deren Aufrechterhaltung. Dabei findet eine ständige Handlungskontrolle statt. Die *postaktionale Phase* umfasst eine Handlungsbewertung. Dort werden Erfolge und Misserfolge wahrgenommen und interpretiert. Erfolge können zu einer Verstärkung, misslungene Realisierungsversuche zu einer Abschwächung künftiger Aktionen führen. Dieser Zusammenhang hängt aber wesentlich von Bewertungsprozessen (z.B. Kausalattribution) ab. Knäuper und Schwarzer 2000 konstatieren, dass in zahlreichen empirischen Studien auch misslungene Versuche einer Verhaltensänderung die Wahrscheinlichkeit für spätere Erfolge erhöhen kann. Die postaktionale Phase ist Teil einer neuen Motivationsphase.

Die situative Ebene der Handlungsrealisierung umfasst situative Barrieren und Ressourcen, wobei Barrieren z.B. Lebensbedingungen und mangelnde soziale Kompetenz beinhalten. Als wichtigste Ressource ist die soziale Unterstützung anzusehen. Die Konstrukte der situativen Ebene beeinflussen subjektiv (indirekt) und objektiv (direkt) die Handlung. Der Einfachheit halber stellt Schwarzer die Handlung selbst als eine abgeschlossene Einheit dar.

Das beschriebene Sozial-kognitive Prozessmodell ist in der Abbildung 5 illustriert.

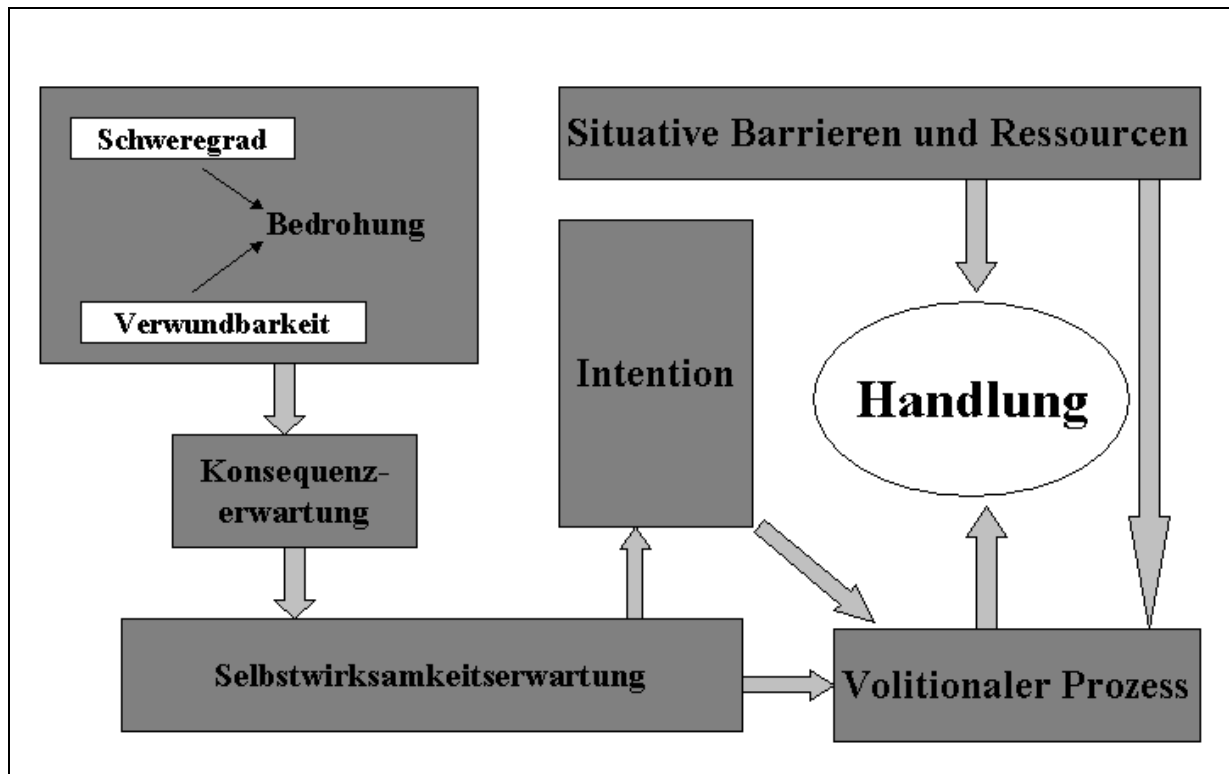


Abbildung 5: Sozial-kognitives-Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens

Gegenwärtig wird das Sozial-kognitive-Prozessmodell vor allem zur Entwicklung von adäquaten Patientenschulungen chronischer Erkrankungen (Ehlebracht-König und Bönisch 2002, Ehlebracht-König 2003, Bott 2000) eingesetzt.

Um die Initiierung eines präventiven Verhaltens effektiv zu kommunizieren, bietet das SCM gerade in der präintentionalen Phase viele Ansatzpunkte. Die Motivationsstärke kann z.B. über entsprechende Anreizwerte oder das Aufzeigen von Vorteilen erhöht werden (Bott 2000, Schwarzer und Renner 2000). Auch die Stärkung der Selbstwirksamkeit über die dargestellten Mechanismen bietet Angriffspunkte, um ein bestimmtes Verhalten anzunehmen (Knäuper und Schwarzer 2000). Die Minimierung möglicher Barrieren sollte außerdem berücksichtigt werden.

---

## 2.7 Barrieren für Rekrutierungsversuche

Die bedeutende Rolle von möglichen Barrieren für das Commitment wurde bereits durch das SCM Schwarzers im Kapitel 2.6.4 aufgezeigt.

Dem gegenwärtigen Forschungsstand entsprechend wurden primär Barrieren für die Teilnahme an klinischen Studien als auch Kausalitäten der Inanspruchnahme bzw. Verweigerung von präventiven Maßnahmen bei ethnischen Minderheiten evaluiert und eruiert.

Barrieren für das Commitment an klinischen Studien sind laut Lovato et al. 1997 und Bailey et al. 2004 unter anderem der Vertrauensmangel in die medizinische Forschung, die Teilnahmezeit, logistische Schwierigkeiten, keine Kenntnis des Prozedere einer Studie im Voraus, aber auch finanzielle Belastungen.

Die von Brown et al. 2000, Abernethy et al. 2005 und Woods et al. 2004 eruierten Barrieren für ethnische Minderheiten lauten wie folgt: Kenntnismangel über die Maßnahme, Interferenzen mit der Familie und der Arbeit, eingeschränkte Transportmöglichkeiten, die Erfordernisse, welche eine Maßnahme mit sich bringt (z.B. komfortabel, leicht umsetzbar), finanzielle Kosten, ein geringer Bildungsstand und vergangene negative Erfahrungen, wie es z.B. beim Syphillisexperiment von Tuskegee, Alabama der Fall war.

Autoren wie Banks-Wallace et al. 2004, Maxwell et al. 2005, Brown et al. 2000 und Rakowski et al. 1998 weisen auf die Notwendigkeit der Minimierung der Barrieren im Rahmen von entsprechenden Interventionen hin. Ihrer Meinung nach gelingt so eine Commitmenterhöhung an unterschiedlichen Programmen.

---

### 3 Ziele der Arbeit

Das bereits 1999 vom Präventivzentrum der BGN und der Klinik für Dermatologie und dermatologische Allergologie entwickelte Sekundärpräventionsprogramm Haut konnte bei ca. 73 % der Teilnehmer am HPP eine Stabilisierung oder Verbesserung ihres Hautbefundes erzielen. Dieser Tatsache steht gegenüber, dass etwa nur ein Drittel der potenziell in Frage kommenden Versicherten bereit waren, am freiwilligen Präventionsprogramm teilzunehmen.

Zum Zeitpunkt der Arbeit existieren, trotz der positiven gesundheitsökonomischen und sozialen Konsequenzen einer erfolgten Teilnahme, keine Studien zur Commitmentsteigerung an Sekundärpräventionsprogrammen für Berufsdermatosen.

Die Zielstellung dieser Dissertation beinhaltet:

1. Die Erhöhung des Commitments
2. Die Evaluation der Kausalitäten einer Inanspruchnahme bzw. Verweigerung einer Teilnahme am HPP
3. Die Eruierung möglicher prognostischer Faktoren für eine Teilnahmeentscheidung.

Zielvorgaben für die Commitmentsteigerung bildeten folgende Punkte:

1. Die Erhöhung des Commitments auf mindestens 50 %
2. Die entwickelte Rekrutierungsstrategie zur Erhöhung der Teilnahmequote soll sowohl ökonomisch umsetzbar als auch praktikabel sein.

## 4 Methodik

### 4.1 Untersuchungsdesign

Die vorliegende Untersuchung wurde in Zusammenarbeit zwischen dem Präventivzentrum der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten und der Klinik für Dermatologie und dermatologische Allergologie initiiert. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich vom 01.02.2003 bis zum 31.09.2004.

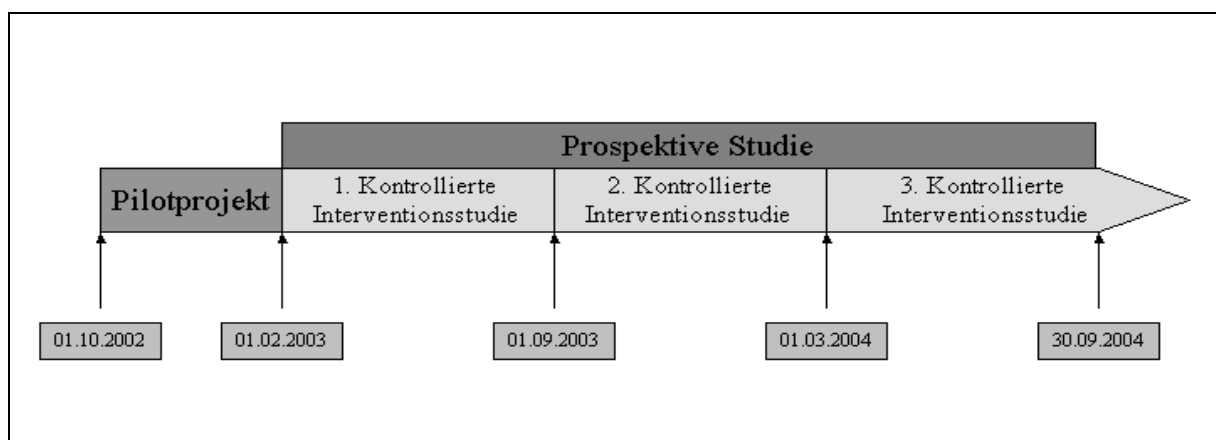


Abbildung 6: Erhebungszeiträume der prospektiven Studie inklusive des Pilotprojekts

Zur sukzessiven Teilnahmesteigerung am HPP wurde der Erhebungszeitraum in drei kontrollierte Interventionsstudien untergliedert. Jede Studie umfasste einen Zeitraum von ca. sechs bis acht Monaten. Innerhalb der Studie blieb das eingesetzte Material und das Verfahren unverändert. Die Konfrontation der Versicherten mit dem HPP wurde in jeder kontrollierten Interventionsstudie experimentell variiert. Aus verfahrenstechnischen Gründen mussten die Ausprägungen der vierstufigen experimentellen Variation mit dem Bundesland des Versicherten konfundiert werden. Ansonsten wären Konstellationen, in der zwei Versicherte eines Betriebes unterschiedliche Informationsmaterialien zum HPP erhalten hätten, denkbar gewesen.

---

Das Untersuchungsdesign umfasste folgende Abschnitte:

- Patientenerfassung
- Patienteninformation
- Patientenbefragung

#### **4.1.1 Patientenerfassung**

Für die Option des Hautpräventionsprogrammangebots wurden folgende Zugangswege definiert:

- Hautarztbericht
- die berufsgenossenschaftliche gewerbespezifische Sprechstunde der BGN
- andere Präventionsprogramme der BGN
- Zuweisung über den Betriebsarzt

Voraussetzung für das Angebot des Hautpräventionsprogramms war bei allen Zugangswegen der Hautarztbericht.

#### **4.1.2 Patienteninformation**

Zur Information über das HPP erfolgte nach dem Eingang der Hautarztberichte in der Verwaltung der BGN, Außenstelle Erfurt, die schriftliche Kontaktaufnahme durch den Sachbearbeiter. Entsprechend der Realisierung der experimentellen Variation der jeweiligen kontrollierten Interventionsstudie erhielten die Patienten bundeslandspezifisch die notwendigen Unterlagen.

In der 1. kontrollierten Interventionsstudie wurde den Versicherten eines von zwei unterschiedlichen Anschreiben mit dem Angebot einer Teilnahme am HPP nach systematischer Variation zugesandt. Hierfür wurde ein zielgerichtetes, personalisiertes neues Anschreiben (siehe 9.4.2) entworfen. Den Schwerpunkt dieses Anschreibens stellten vor allem eine kurze Ausführung der Konsequenzen einer Berufskrankheit, die guten Erfolgsaussichten des HPP, eine Erläuterung der Programmziele und die Möglichkeit einer Probeteilnahme dar. Weiterhin

---

wurde den Versicherten mitgeteilt, dass ihnen kostenlos Hautschutzmittel für den Zeitraum der Teilnahme zur Verfügung gestellt werden. Gleichzeitig wurde eine Kostenübernahme (Reisekosten, Lohnausfall) durch die BGN in Aussicht gestellt. Des Weiteren wurde das neue Anschreiben mit einem Erinnerungsschreiben gekoppelt, das bei ausbleibender Reaktion seitens des Versicherten drei Wochen nach dem Anschreibedatum verschickt wurde. Darüber hinaus existierte die Option, weitere Informationen anzufordern. Im alternativ eingesetzten Anschreiben wurde vor allem die Freiwilligkeit der Teilnahme am HPP, die Rechtsgrundlagen und die notwendige Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber zwecks Arbeitsplatzanalyse in den Vordergrund gestellt. Die Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten wurden auf eine Ja/Nein-Entscheidung beschränkt. Da dieses Anschreiben dem bis Studienbeginn üblichen Anschreiben der BGN entsprach, wird es als altes Anschreiben (siehe 9.4.1) bezeichnet. Patienten aus Sachsen erhielten das alte Anschreiben. An die Versicherten aus Thüringen wurde das neue Anschreiben verschickt.

Die systematische Variation der 2. Studie bestand in der Option, neben dem Anschreiben eine zielgerichtete Falldarstellung (siehe 9.4.7) zu erhalten. Als Anschreiben wurde das neue Anschreiben der 1. kontrollierten Interventionsstudie verwandt. Die Falldarstellung erhielten nur Patienten aus Thüringen.

Während der 3. kontrollierten Interventionsstudie wurde das neue Anschreiben zusammen mit der Falldarstellung in beiden Bundesländern verschickt. Zusätzlich erhielten die Patienten aus Thüringen ein ausführliches zielgerichtetes Informationsmaterial über das HPP. In dem beigefügten Informationsmaterial wurden die Vorteile einer Teilnahme noch einmal explizit erläutert. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Verständlichkeit. So wurden z.B. Termini wie Prävention erklärt. Außerdem erfolgte der Hinweis, dass das Hautschutzseminar zu einem für die Versicherten günstigen Termin (primär montags) stattfindet.

Nach dem Angebot des HPP konnten sich die Versicherten für oder gegen eine Teilnahme am HPP entscheiden. Alle Versicherten, die das neue Anschreiben zusammen mit dem Rückantwortbogen erhielten, konnten sich neben den zwei genannten Optionen für eine Zustimmung mit Vorbehalt bzw. für eine Anforderung von mehr Informationen entscheiden. Letztlich blieb ihnen noch die Möglichkeit in der Kategorie *anderes*, ihre individuellen Vorstellungen



---

zu formulieren (siehe 9.4.3). Versicherte, die einer Teilnahme am HPP vollständig oder mit Vorbehalt zustimmten, wurden zur Kategorie *Teilnehmer* zusammengefasst. Die Kategorie *Nichtteilnehmer* beinhaltete Versicherte, die sich nicht meldeten oder explizit gegen eine Teilnahme aussprachen. Weiterhin musste eine Differenzierung in *keine Zuständigkeit der BGN* vorgenommen werden. Diese Kategorie umfasste Versicherte, die unter die Rubriken arbeitslos, verzogen, bereits umgeschult fielen, aber auch solche, welche den Beruf wechselten oder aufgrund sonstiger Gründe ihren Beruf an der bisherigen Arbeitsstelle nicht mehr ausübten. Die Versicherten (N=22), bei denen sich die Zuständigkeit der BGN infolge der genannten Gründe änderte, erfüllten nicht mehr die Zugangskriterien für das Angebot am HPP. Damit konnten 166 Versicherte in die Auswertung einbezogen werden.

#### 4.1.3 Patientenbefragung

Bisher war kein evaluierter Fragebogen zur Eruiierung von Kausalitäten für oder gegen eine Teilnahme an berufsdermatologischen Sekundärpräventionsprogrammen vorhanden.

Um in Betracht kommende Ursachen für eine Nichtinanspruchnahme des HPP zu evaluieren, wurde daher ein speziell auf den Untersuchungsgegenstand ausgerichteter Fragebogen (siehe 9.4.8) eingesetzt. Dieser wurde während der 2. kontrollierten Interventionsstudie noch einmal überarbeitet und verändert in der 3. Studie implementiert (siehe 9.4.10).

Die Befragung wurde im Regelfall telefonisch durchgeführt. Die Versicherten wurden unmittelbar nach Eingang ihrer Rückantwort oder alternativ spätestens vier Wochen nach Versand des Anschreibens befragt. Die Telefonnummern der Versicherten waren zum Teil durch die Mitgliedschaft bei der BGN bekannt oder wurden durch die Informationshotline 11833 ermittelt. Versicherte, deren Telefonnummer nicht zu eruieren war bzw. die telefonisch nicht erreichbar waren, erhielten per Post den jeweiligen Fragebogen der laufenden kontrollierten Interventionsstudie (siehe 9.4.9 bzw. 9.4.11) mit einem entsprechenden Anschreiben (siehe 9.4.12), verbunden mit der Bitte ihn ausgefüllt im beiliegenden frankierten Rückumschlag zurückzusenden.

Einen schematischen Ablauf des Interviews illustriert die Abbildung 7.

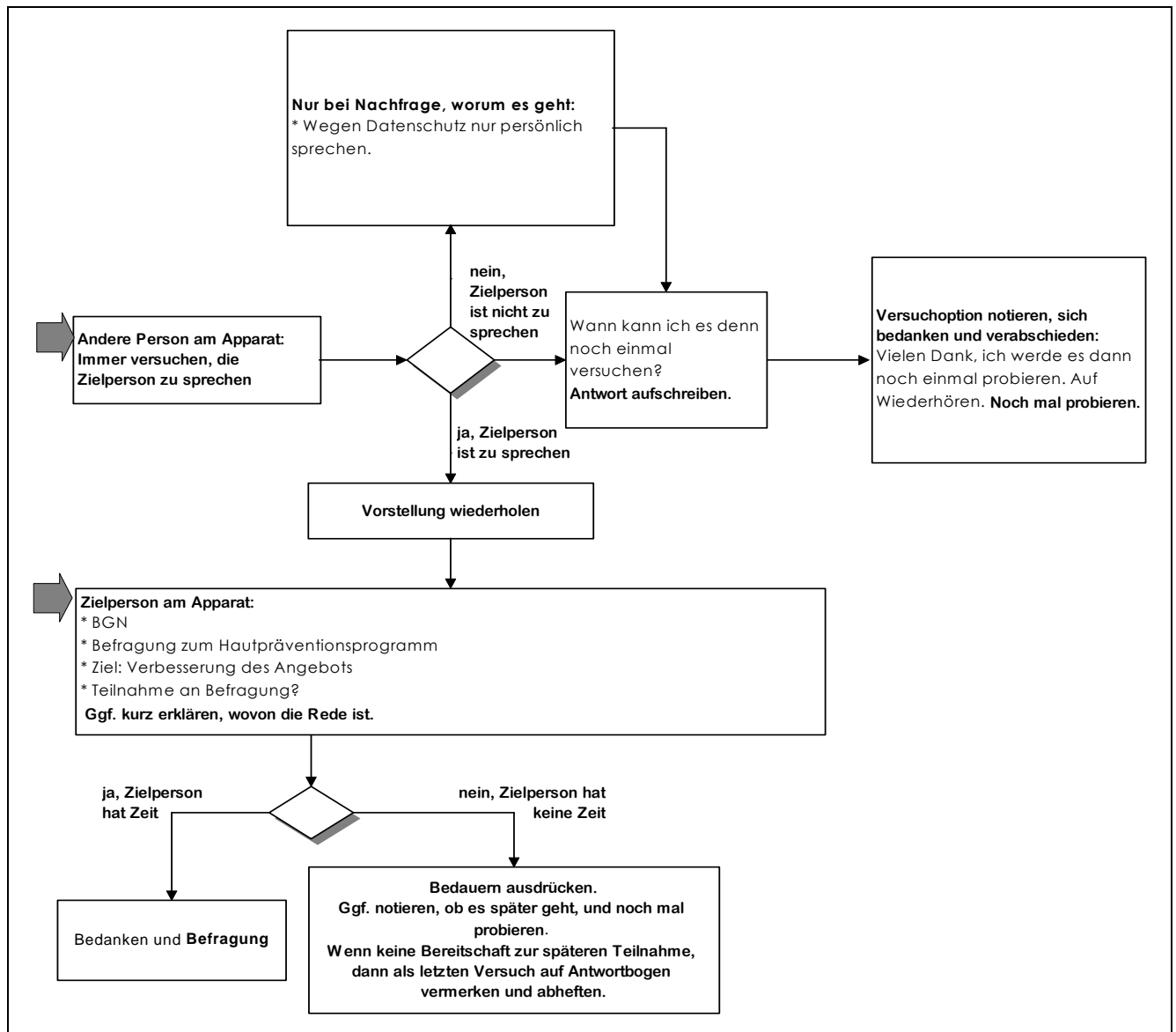


Abbildung 7: Telefoninterviewablauf

Die jeweilige Befragung erfolgte entsprechend dem Fragebogen der laufenden kontrollierten Interventionsstudie. Dabei wurde versucht, sich wörtlich an den vorgegebenen Text der Fragen und Antwortmöglichkeiten zu halten. Für jeden Patienten wurde ein eigener Fragebogen ausgefüllt und abgeheftet.

---

Für den Fall, dass sich nur der Anrufbeantworter meldete, der Anschluss besetzt war oder keine Antwort nach sieben Klingelzeichen vorlag, legte die Interviewerin auf und versuchte es zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal. Dabei wurde eine Strichliste auf dem Fragebogen angelegt. Nach 15 Fehlversuchen wurde der Fragebogen abgeheftet und eine schriftliche Befragung nach dem oben beschriebenen Procedere eingeleitet.

## 4.2 Untersuchungsinstrumentarium

Um eine Evaluation der eventuellen Ursachen für eine Nichtinanspruchnahme des HPP zu ermöglichen, wurde im Frühjahr/Sommer 2002 ein Fragebogen erarbeitet. Dieser wurde intern von Fachärzten für Dermatologie (N=3) und Psychologen (N=2) geprüft. Im Herbst 2002 erfolgte das Pilotprojekt mit 18 Versicherten, welche im Zeitraum vom 28.01. bis 21.08.2002 von der BGN angeschrieben wurden. Durch die telefonische Befragung der Versicherten wurden die Fragen des erarbeiteten Fragebogens auf ihre Plausibilität und innere Konsistenz geprüft. In diesem Rahmen konnte der Fragebogen (siehe 9.4.8) validiert werden.

Trotz der Prüfung auf Plausibilität und innere Konsistenz wurden im Verlauf der 1. und insbesondere der 2. kontrollierten Interventionsstudie Probleme mit der Interpretation bestimmter Fragen seitens der Versicherten beobachtet. Die Fragen *Wie gerne arbeiten Sie derzeit in Ihrem Beruf?* und *Wie gerne haben Sie vor Ihrer Hauterkrankung in Ihrem Beruf gearbeitet?* (siehe 9.4.8) waren anders intendiert und wurden für die 3. Studie zu der Frage *Hat sich das soziale Klima an Ihrem Arbeitsplatz durch die Hauterkrankung verändert?* (siehe 9.4.10) zusammengefasst. Des Weiteren wurde die Frage *Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem privaten Hautarzt?* aufgrund von ersten Zwischenergebnissen eliminiert (siehe 9.4.10).

Als Untersuchungsinstrument zur Evaluation einer gewünschten Teilnahme bzw. Nichtteilnahme des Versicherten diente der bereits in Kapitel 4.1.1 erläuterte Rückantwortbogen (siehe 9.4.3).

### 4.3 Charakterisierung des Untersuchungskollektivs

Das Untersuchungskollektiv dieser Promotion umfasste 166 Versicherten der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten, Außenstelle Erfurt, bei denen ein Hautarztbericht erstellt wurde. Zum Aufnahmezeitpunkt waren alle Versicherten im Raum Thüringen oder Sachsen tätig. Das Gesamtkollektiv besteht aus 111 Frauen und 55 Männern zwischen 16 und 54 Jahren (MW: 30,8 Jahre, SD: 11,68 Jahre).

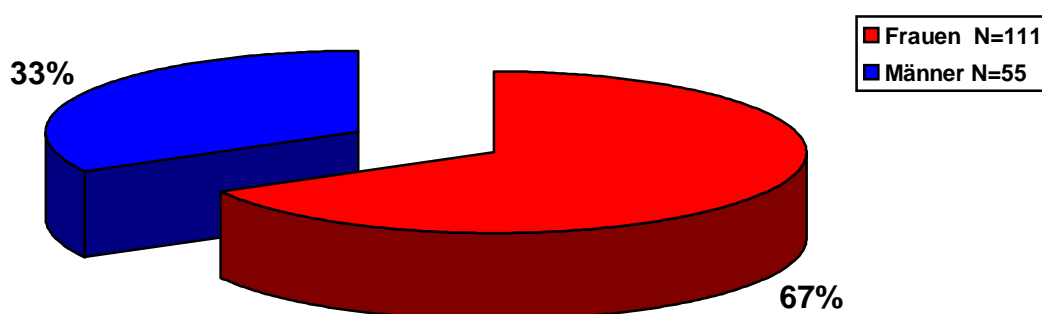


Abbildung 8: Geschlechtsspezifische Charakterisierung des Gesamtkollektivs (N=166)

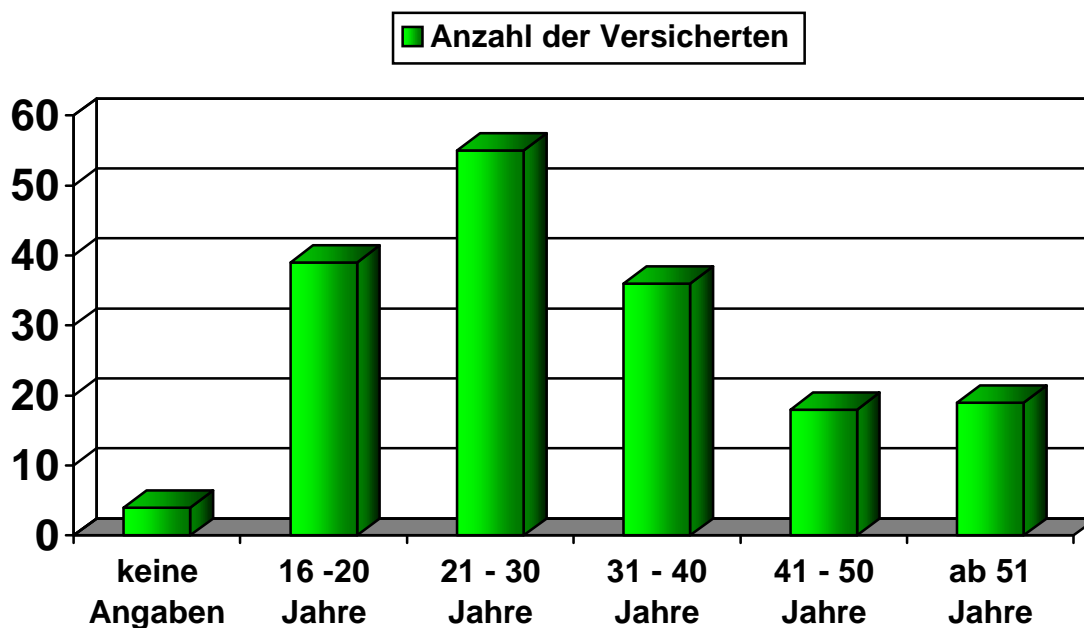


Abbildung 9: Altersklassenverteilung des Gesamtkollektivs

Das Berufsspektrum der Versicherten umfasste sowohl das *Hotel- und Gaststättengewerbe* (N=86) als auch das *Backgewerbe* (N=54). Berufe wie Fleischer, Reinigungskraft, Saftabfüller, Molkereifacharbeiter und Produktionshelfer wurden unter der Kategorie *Sonstiges* (N=23) subsummiert. Von 3 Versicherten lagen keine Angaben zur beruflichen Tätigkeit vor. Die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Gewerbekategorien ist in der Abbildung 7 dargestellt.

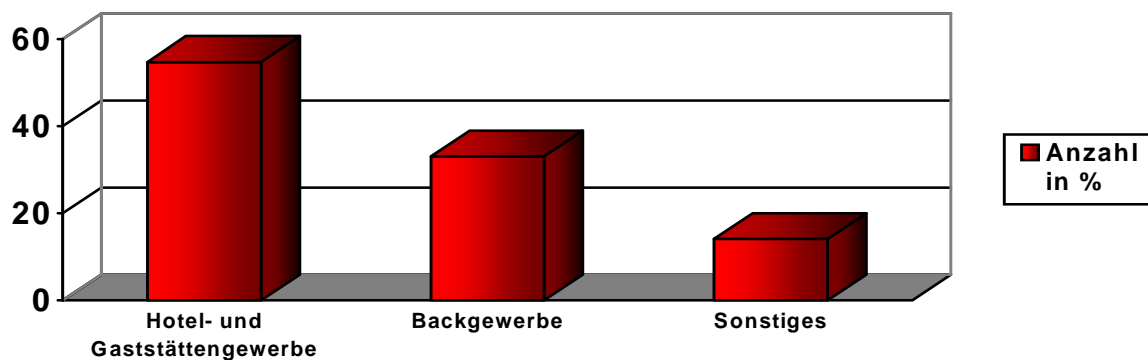


Abbildung 10: Anzahl der Versicherten bezüglich der Gewerbezweige in %

#### 4.4 Auswertungsmethoden

##### 4.4.1 Statistische Methoden

Für die statistische Auswertung stand das Programm SPSS für Windows Release 12.0.1 Standardversion (SPSS Inc. Headquarters, Chicago, Illinois) zur Verfügung.

Die Evaluation der Befragungsteilnahme erfolgte per  $\chi^2$ -Test Teilnehmer vs. Nichtteilnehmer gekreuzt mit den vier experimentellen Bedingungen. Hierbei wurden die Zuordnung zu den kontrollierten Interventionsstudien, nicht berücksichtigt, weil sich Thüringen und Sachsen hinsichtlich des soziodemografischen Profils nicht signifikant voneinander unterschieden ( $t$ -Tests bzw.  $\chi^2$ -Tests kollabiert über die kontrollierten Interventionsstudien für Alter, Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Gewerbe und Betriebsgröße). Das Testergebnis wurde als Globaltest unter dem Signifikanzniveau von 10 % behandelt. Das heißt, bei signifikantem Ergebnis wurden die einzelnen Versuchsbedingungen mittels  $\chi^2$ -Test gegeneinander geprüft. Somit sollten die prinzipiell sechs möglichen Unterschiede zwischen den einzelnen Versuchs-

---

bedingungen eruiert werden. Zur Interpretation der dabei ermittelten p-Werte wurden nun nach Holm-Shaffer adjustierte  $\alpha$ -Werte zugrunde gelegt. Zunächst wurden die p-Werte nach ihrer Größe geordnet. Danach wurde der kleinste p-Wert mit  $\alpha/3=0,033$  (Holm-Shaffer adjustierte  $\alpha$ -Wert) verglichen. Dieser Zusammenhang wurde als signifikant eingestuft, wenn der p-Wert kleiner als der Vergleichswert  $\alpha/3$  war. Anschließend wurde der nächst größere p-Wert mit  $\alpha/3 = 0,033$  verglichen. Überschritt dieser den Wert von 0,033, so wurde der kritische Wert erreicht und dieser Zusammenhang als nicht signifikant betrachtet. Aus dieser Tatsache folgte, dass die restlichen vier möglichen Unterschiede ebenfalls als nicht signifikant einzuordnen sind. Für die Interpretation des signifikanten  $\chi^2$ -Test wurde weiterhin die beobachtete Anzahl mit der erwarteten Anzahl von Probanden verglichen.

Um die Zusammenhänge zwischen der Teilnahme-Entscheidung und den übrigen erhobenen Variablen explorativ zu analysieren, wurden verschiedene Verfahren eingesetzt. Für ausgewählte Variablen wurden ein- bis zweifaktorielle Designs verwendet. Zur Auswertung wurden je nach Datenniveau  $t$ -Test, Mann-Whitney- $U$ -Test oder  $\chi^2$ -Verfahren eingesetzt.

Um wechselseitige Einflüsse berücksichtigen zu können, wurden zusätzlich explorative logistische Regressionen eingesetzt. Um das ungünstige Verhältnis der Anzahl von analysierten Variablen zur Anzahl der Fälle zu berücksichtigen wurde ein vierstufiger Algorithmus gewählt. In der 1. Stufe wurden die in Frage kommenden Einflussfaktoren nach inhaltlichen und formalen Kriterien zu bestimmten Bereichen subsummiert. Für jeden dieser Bereiche erfolgte eine logistische Regression (SPSS: schrittweise Wald vorwärts). Variablen, die nach dem Wald-Kriterium in das Modell aufgenommen wurden, wurden in die 2. Stufe der Auswertung integriert. Dabei fand wieder eine Untergliederung in unterschiedliche Bereiche mit jeweils sich anschließender logistischer Regression statt. Diese Vorgehensweise wurde bis zur Stufe IV vollzogen. Auf diese Weise wurde die Zahl der letztlich berücksichtigten Variablen im Rahmen der theoretisch begründeten Vorsortierung empirisch begründet reduziert. Nur die Ergebnisse der Stufe IV werden in dieser Dissertation dargestellt. Die vorgenommenen Gruppenbildungen sind in Tabelle 2 dargestellt.

Bereich	Eingesetzte Variablen
<b>1. Offene Fragen nach dem Pro und Contra für die Teilnahme am HPP</b>	Grobkategorien: 1. Contra Zeit 2. Contra Arbeit 3. Contra HPP 4. Pro Information zur Erkrankung 5. Pro Maßnahmen 6. Pro Krankheitsverlauf
<b>2. Soziodemographie</b>	1. Geschlecht 2. Alter 3. Gewerbe 4. Größe des Betriebs
<b>3. Arbeit</b>	1. Arbeitsplatzsituation 2. Zusammenhang zwischen Hauterkrankung und Arbeitstätigkeit
<b>4. HPP</b>	1. Kosten für das Programm 2. Art der Information
<b>5. Privates Umfeld</b>	1. Meinung anderer 2. Häusliche Situation
<b>6. Individuelle Hautsituation</b>	1. Erwartete Heilungschancen 2. Bewertung des Hautzustandes
<b>7. Berufszufriedenheit</b>	1. Derzeitige Berufszufriedenheit 2. Alter

Tabelle 2: Gruppenbildung der Stufe I

Da eine Voraussetzung der logistischen Regression binäre Variablen sind, mussten notwendigerweise für diese Auswertungsmethode einige Variablen rekodiert werden. Zum Beispiel wurde die kategoriale Variable *Sprechen die erwarteten Heilungschancen eher für oder eher gegen eine Teilnahme?* mit den Ausprägungen *eher dafür*, *weder dafür noch dagegen* und *eher dagegen* in die binäre Variable *Sprechen die erwarteten Heilungschancen eher für eine*

---

*Teilnahme oder nicht?* mit den Realisierungen *spricht nicht dafür* und *spricht dafür* zusammengefasst. Bei bestimmten Variablen, wie z.B. der Arbeitsplatzsituation, wurde diese Vorgehensweise aufgrund der Wichtigkeit der jeweiligen Realisierungen nicht vorgenommen. Hier wurden alle Ausprägungen der Variablen binär kodiert.

#### 4.4.2 Qualitative Datenanalyse

Um die offenen Fragen *Was meinen Sie, was im Allgemeinen am ehesten für eine Teilnahme spricht?* und *Was meinen Sie, was im Allgemeinen am ehesten gegen eine Teilnahme spricht?* in die logistische Regression zu integrieren, erfolgte eine Kategorisierung der Antworten von zwei unabhängig voneinander stehenden Personen. Das jeweils zugrundeliegende Kategoriensystem wurde anhand der vorliegenden Äußerungen in diskursiven Verfahren der beiden Kategorisierer gebildet. Die Kategoriensysteme sind hierarchisch aufgebaut. Sie beinhalten jeweils vier Grobkategorien, unter denen mehrere Feinkategorien subsummiert sind. Die verwendeten Kategoriensysteme sind in Abbildung 11 und Abbildung 12 dargestellt.

Die sich in den entstandenen Grobkategorien widerspiegelnden freien Antworten konnten durch dieses Verfahren in die logistische Regression integriert werden. Eine Ausnahme davon bilden aufgrund der Inhomogenität der Aussagen die Grobkategorien *Sonstiges* beider Fragestellungen.



---

<b>1. INFORMATIONEN ZUR ERKRANKUNG</b> 1.1 Ursachenklärung (allgemein und individuell) 1.2 allgemeine Informationen (ohne Ursachen und Maßnahmen)
<b>2. MAßNAHMEN</b> 2.1 Verhaltenstipps (Selbsthilfe) 2.2 Fremdhilfe (Medikation) 2.3 unspezifische Äußerungen zu Maßnahmen
<b>3. KRANKHEITSVERLAUF</b> 3.1 Verbesserung zum Berufverbleib 3.2 Verbesserung ohne expliziten Bezug zum Berufverbleib 3.3 unspezifische Äußerungen zum Krankheitsverlauf
<b>4. SONSTIGES</b> 4.1 anderes

*Abbildung 11: Darstellung des Kategoriensystems zur Fragestellung „Was spricht aus Ihrer Sicht im Allgemeinen am ehesten für eine Teilnahme am Programm?“*

**1. ZEITLICHER AUFWAND**

- 1.1 Zeitliche Organisation bzgl. Arbeitsplatz oder Familie (z. B. Abstimmung mit Arbeitszeit)
- 1.2 Zeit-Mangel ohne nähere Spezifizierung
- 1.3 unspezifische Äußerungen zur Zeit (ohne Zeit-Mangel)

**2. HAUTPRÄVENTIONSPROGRAMM**

- 2.1 Effizienz (bzgl. einzelner Sitzungen, auch Aufwand, Aufwand-Nutzen-Relation wie bspw. Nutzung der eingebrachten Zeit)
- 2.2 Gesamtdauer des HPP
- 2.3 Effektivität und Nutzen des Programms (auch im vgl. zu anderen Präventionsmöglichkeiten)
- 2.4 unspezifische Äußerungen zum HPP
- 2.5 Entfernung zur Sprechstunde (langer Anfahrtsweg, kein Auto)
- 2.6 Bedenken für Programmkosten

**3. ARBEIT (OHNE ZEITASPEKT)**

- 3.1 Arbeitgeber
- 3.2 selbst erwogene oder geplante Berufsaufgabe
- 3.3 Arbeitsplatzanalyse
- 3.4 unspezifische Äußerungen zur Arbeitssituation

**4. SONSTIGES**

- 4.1 BGN Einmischung oder angezweifelte BGN Zuständigkeit
- 4.2 Familie
- 4.3 Krankheit bereits gebessert
- 4.4 anderes

*Abbildung 12: Darstellung des Kategoriensystems zur Fragestellung „Was spricht aus Ihrer Sicht im Allgemeinen am ehesten gegen eine Teilnahme am Programm?“*

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Darstellung des Commitments infolge der experimentellen Variationen

#### 5.1.1 Das soziodemographische Profil der Versicherten anhand bundesland- und informationsmaterialspezifischer Aspekte

Der Vergleich der Bundesländer bezüglich des Geschlechts, des Alters und des Gewerbezweiges erbrachte erwartungsgemäß keine signifikanten Unterschiede. Somit war eine kollabierte Darstellung des Commitments über alle drei kontrollierten Interventionsstudien hinaus möglich. Wie in Tabelle 3 ersichtlich, ergaben sich keine Differenzen im soziodemographischen Profil der Versicherten im Bezug zu dem erhaltenen Informationsmaterial über das HPP. Beispielsweise lag der Prozentwert der mit den jeweiligen Anschreibvarianten kontaktierten Frauen zwischen 59,3 % und 73,1 %. Ein Vergleich der unterschiedlichen experimentellen Variationen konnte somit erfolgen.

Soziodemographisches Profil Informationsmaterial	Frauen p=ns.		Bäcker/Konditor p=ns.		Gastronom p=ns.		Alter p=ns.	
	N	% von Anschreiben	N	% von Anschreiben	N	% von Anschreiben	N	MW±SD
altes Anschreiben (N=40)	27	67,5	15	37,5	19	47,5	40	28,9±11,2
neues Anschreiben (N=52)	38	73,1	19	36,5	29	55,8	49	29,4±11,6
neues Anschreiben, Falldarstellung (N=54)	32	59,3	14	27,5	28	54,9	54	32,9±12,1
neues Anschreiben, Falldarstellung, Informationsmaterial (N=20)	14	70,0	6	30,0	10	50,0	19	32,3±11,4

Tabelle 3: Demographische Profil der Versicherten mit dem jeweiligen HPP Informationsmaterial

### 5.1.2 Betrachtung der vierstufigen experimentellen Variation

Für jeden Versicherten des Gesamtkollektivs (N=166) lag die Information über die Teilnahme am HPP als auch über das erhaltene Informationsmaterial über das Programm vor.

Die Tabelle 4 stellt das Commitment in Abhängigkeit von den jeweiligen experimentellen Variationen dar.

			Teilnahme am HPP ja/nein		Gesamt
			nein	ja	
Art des An- schreiben	altes Anschreiben	Anzahl	28	12	40
		Erwartete Anzahl	21,9	18,1	40,0
		% von Anschreiben	70,0	30,0	100,0
	neues Anschreiben	Anzahl	24	28	52
		Erwartete Anzahl	28,5	23,5	52,0
		% von Anschreiben	46,2	53,8	100,0
	neues Anschreiben mit Falldarstellung	Anzahl	26	28	54
		Erwartete Anzahl	29,6	24,4	54,0
		% von Anschreiben	48,1	51,9	100,0
	neues Anschreiben mit Falldarstellung und In- formationsmaterial	Anzahl	13	7	20
		Erwartete Anzahl	11,0	9,0	20,0
		% von Anschreiben	65,0	35,0	100,0
Gesamt		Anzahl	91	75	166
		Erwartete Anzahl	91,0	75,0	166,0
		% von Anschreiben	54,8	45,2	100

Tabelle 4: Globaler Vergleich der unterschiedlichen Kontaktmodi vs. Commitment

Die Betrachtung des Einflusses der jeweiligen Anschreibmodi auf das Commitment ist über alle drei kontrollierten Interventionsstudien auf dem Signifikanzniveau von 10 % signifikant

( $\chi^2(df=3) = 7,106$ ;  $p = 0,069$ ). Die Abbildung 13 illustriert noch einmal die erzielte Teilnahmequote am HPP durch den Einsatz der jeweiligen Kontaktvarianten.

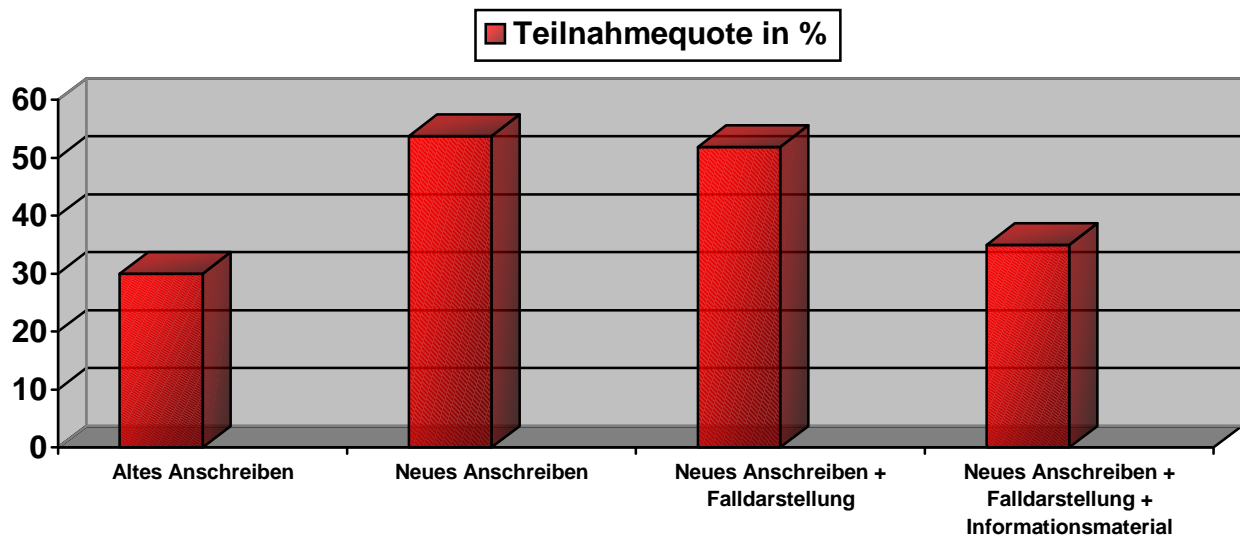


Abbildung 13: Commitment am HPP infolge der Verwendung der unterschiedlichen Kontaktvarianten

Der Vergleich der Realisierungen der experimentellen Variation altes Anschreiben und neues Anschreiben auf die Teilnahme vs. Nichtteilnahme ist in der Tabelle 5 dargestellt. Initial konnte durch den Einsatz des neuen Anschreibens die Teilnahmequote von 30 % auf 53,8 % erhöht werden. Der  $\chi^2$ -Test ( $\chi^2(df=1) = 5,231$ ;  $p = 0,022$ ) unter Verwendung von adjustierten  $\alpha$ -Werten nach Holm-Shaffer zeigt einen signifikanten Zusammenhang des dargestellten Vergleiches.

			Teilnahme am HPP nein/ja		Gesamt
			nein	ja	
Art des Anschreibens	altes Anschreiben	Anzahl	28	12	40
		Erwartete Anzahl	22,6	17,4	40,0
		% von Art des Anschreibens	70,0	30,0	100,0
	neues Anschreiben	Anzahl	24	28	52
		Erwartete Anzahl	29,4	22,6	52,0
		% von Art des Anschreibens	46,2	53,8	100,0
Gesamt		Anzahl	52	40	92
		Erwartete Anzahl	52,0	40,0	92,0
		% von Art des Anschreibens	56,5	43,5	100,0

Tabelle 5: Vergleich des alten und neuen Anschreibens vs. Commitment

Die zusätzliche Falldarstellung konnte das Commitment nicht weiter steigern ( $\chi^2(df=1) = 0,042$ ;  $p = 0,837$ ). Es stellt allerdings eine Alternative zum bisherigen alten Anschreiben der BGN dar. Anhand der Tabelle 6 und der tendenziellen Signifikanz ( $\chi^2(df=1) = 4,489$ ;  $p = 0,034$ ) ist zu konstatieren, dass die mit dem neuen Anschreiben assoziierte Falldarstellung zu einer Steigerung des Commitments um 21,9 % im Vergleich zum alten Anschreiben führte. Insgesamt konnte durch die Implementierung des neuen Anschreibens mit Falldarstellung eine Teilnahmequote von 51,9 % erzielt werden.

			Teilnahme am HPP nein/ja		Gesamt
			nein	ja	
Art des An- schreibens	altes Anschreiben	Anzahl	28	12	40
		Erwartete Anzahl	23,0	17,0	40,0
		% von Art des Anschreiben	70,0	30,0	100,0
	neues Anschreiben mit Falldarstellung	Anzahl	26	28	54
		Erwartete Anzahl	31,0	23,0	54,0
		% von Art des Anschreiben	48,1	51,9	100,0
Gesamt		Anzahl	54	40	94
		Erwartete Anzahl	54,0	40,0	94,0
		% von Art des Anschreiben	57,4	42,6	100,0

Tabelle 6: Vergleich des alten Anschreibens und neuen Anschreibens mit Falldarstellung vs. Commitment

Die Zugabe von weiterem Informationsmaterial zum neuen Anschreiben mit Falldarstellung erhöhte, wie in Tabelle 7 ersichtlich, die Teilnahmequote lediglich auf 35 % ( $\chi^2(df=1) = 1,663$ ;  $p = 0,197$ ). Der Vergleich dieser Variation mit dem alten Anschreiben führte zu keinem signifikanten Ergebnis ( $\chi^2(df=1) = 0,154$ ;  $p = 0,695$ ). Der Erhalt des Erinnerungsschreibens hatte keinen Einfluss auf eine Teilnahmeentscheidung ( $\chi^2(df=1) = 0,115$ ;  $p = 0,734$ ).

			Teilnahme am HPP nein/ja		Gesamt
			nein	ja	
Art des Anschreibens	neues Anschreiben mit Falldarstellung	Anzahl	26	28	54
		Erwartete Anzahl	28,5	25,5	54,0
		% von Art des Anschreiben	48,1	51,9	100,0
	neues Anschreiben mit Falldarstellung und In- formationsmaterial	Anzahl	13	7	20
		Erwartete Anzahl	10,5	9,5	20,0
		% von Art des Anschreiben	65,0	35,0	100,0
Gesamt		Anzahl	39	35	74
		Erwartete Anzahl	39,0	35,0	74,0

Tabelle 7: Vergleich des neuen Anschreibens mit Falldarstellung und dem neuen Anschreiben inklusive Falldarstellung und Informationsmaterial vs. Commitment

## 5.2 Analyse der Einflussfaktoren bezüglich der Teilnahme

In den folgenden Unterkapiteln 5.2.1 und 5.2.2 werden die Ergebnisse der Zusammenhänge von möglichen Einflussfaktoren auf eine Teilnahme am HPP dargestellt. Zunächst werden die Faktoren unabhängig von einander betrachtet. Anschließend erfolgt im Rahmen der logistischen Regression eine globale Betrachtungsweise, um das Zusammenspiel und die Abhängigkeiten zwischen den möglichen Einflussfaktoren zu eruieren als auch prognostische Faktoren für das Commitment am HPP zu bestimmen.

Bezüglich der Teilnahme an der Befragung ist deskriptiv zu konstatieren, dass von 75 Teilnehmern am HPP 67 an der Befragung teilnahmen. Insgesamt absolvierten 109 Versicherte die Befragung. Die Kombinationen von Teilnahme am HPP und Teilnahme an der Befragung



---

bzw. Nichtteilnahme am HPP und Nichtteilnahme an der Befragung sind häufiger als per Zufall zu erwarten ( $\chi^2(df=1) = 33,999; p < 0,001$ ).

### 5.2.1 Einzelbetrachtung der Einflussfaktoren

#### 5.2.1.1 Analyse soziodemographischer Faktoren

Die Teilnehmer und Nichtteilnehmer unterscheiden sich nicht signifikant im Geschlecht und im Gewerbebereich. Die Betriebsgröße hat ebenfalls keinen Einfluss auf die Teilnahmeentscheidung. Deskriptiv ist zu beobachten, dass 55 der befragten Versicherten in Betrieben mit 10 oder weniger Beschäftigten und 49 in Betrieben mit mehr als 10 Beschäftigten arbeiten. Teilnehmer am HPP sind signifikant älter als Nichtteilnehmer ( $t(df=160) = -2,02; p < 0,029$ ).

#### 5.2.1.2 Analyse der das HPP betreffenden Faktoren

Aus Sicht der Teilnehmer ( $MD = 1$ ) sprach die Art der Information eher für die Teilnahme als aus Sicht der Nichtteilnehmer ( $MD = 1$ ): Bei einer dreistufigen Antwortmöglichkeit mit den Ausprägungen *eher dagegen* (-1), *weder dafür noch dagegen* (0) und *eher dafür* (+1) unterschieden sich die Gruppen der Teilnehmer und Nichtteilnehmer in ihren Antworten auf die Frage *Die Art, in der Sie über das Programm informiert wurden. Sprach das für Sie persönlich eher für oder eher gegen eine Teilnahme?* Der mittlere Rang der Teilnehmer lag signifikant über dem der Nichtteilnehmer (61,01 bzw. 44,66 bei  $N = 108$ ;  $U = 974,50$ ,  $Z = -3,34$ ,  $p < 0,001$ ).

Auf die Frage *Sprachen die erwarteten Heilungschancen eher für oder eher gegen eine Teilnahme?* unterschieden sich die Teilnehmer ( $MD = 1$ ) bei einer dreistufigen Antwortmöglichkeit mit den Ausprägungen *eher dagegen* (-1), *weder dafür noch dagegen* (0) und *eher dafür* (+1) von den Nichtteilnehmern ( $MD = 1$ ). Der mittlere Rang der Nichtteilnehmer lag signifikant unter dem der Teilnehmer (42,7 bzw. 61,59 bei  $N = 107$ ;  $U = 890,00$ ,  $Z = -4,313$ ,  $p < 0,001$ ). Bei den Teilnehmern sprachen die erwarteten Heilungschancen also eher für die Teilnahme am HPP als bei den Nichtteilnehmern.

---

Die Teilnehmer und Nichtteilnehmer am HPP unterschieden sich in Ihrem Antwortverhalten auf die Frage *Haben Sie Bedenken hinsichtlich der Kosten für das Programm?* mit den dreistufigen Antwortmöglichkeiten von *keine Bedenken* (+1), *unklar* (0) und *Bedenken* (-1) nicht. Bezüglich möglicher entstehenden Kosten innerhalb des Programms für die Versicherten äußerten eher alle Versicherten ( $MD = 1$ ) keine Bedenken.

### 5.2.1.3 Analyse der Faktoren des Arbeitsumfeldes

Die Teilnehmer und Nichtteilnehmer am HPP unterschieden sich in ihrem Antwortverhalten auf die Frage *Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Hauterkrankung und Ihrer Arbeitstätigkeit?* nicht. Die Antwortmöglichkeiten enthielten hier die Realisierungen *eher nein* (-1), *weder dafür noch dagegen* (0) und *eher ja* (+1). Der mittlere Rang der Teilnehmer lag nicht signifikant über dem der Nichtteilnehmer (55,37 bzw. 54,43 bei  $N = 109$ ;  $U = 1394,50$ ,  $Z = -0,185$ ,  $p > 0,05$ ). Alle befragten Versicherten sahen also eher einen Zusammenhang zwischen ihrer Hauterkrankung und ihrer Arbeitstätigkeit ( $MD = 1$ ).

Aus Sicht der Teilnehmer ( $MD = 1$ ) sprach die Arbeitsplatzsituation eher für die Teilnahme als aus Sicht der Nichtteilnehmer ( $MD = 0$ ): Bei einer dreistufige Antwortmöglichkeit mit den Ausprägungen *eher dagegen* (-1), *weder dafür noch dagegen* (0) und *eher dafür* (+1) unterschieden sich die Gruppen der Teilnehmer und Nichtteilnehmer in ihren Antworten auf die Frage *Sprach die Situation an Ihrem Arbeitsplatz eher für oder eher gegen eine Teilnahme?* Der mittlere Rang der Nichtteilnehmer lag signifikant unter dem der Teilnehmer (40,21 bzw. 62,57 bei  $N = 106$ ;  $U = 783,00$ ,  $Z = -4,12$ ,  $p < 0,001$ ).

Auf die Frage *Hat sich das soziale Klima an Ihrem Arbeitsplatz durch die Hauterkrankung verändert?* unterschieden sich die Teilnehmer bei einer dreistufige Antwortmöglichkeit mit den Ausprägungen *eher verschlechtert* (-1), *unverändert* (0) und *eher verbessert* (+1) nicht von den Nichtteilnehmern. Der mittlere Rang der Nichtteilnehmer lag nicht signifikant unter dem der Teilnehmer (19,85 bzw. 21,81 bei  $N = 41$ ;  $U = 184,50$ ,  $Z = -1,002$ ,  $p > 0,05$ ). Das soziale Klima am Arbeitsplatz blieb für alle Versicherten unverändert ( $MD = 0$ ).

---

#### 5.2.1.4 Analyse der Faktoren des privaten Umfelds

Aus Sicht der Nichtteilnehmer sprach die Meinung anderer seltener für die Teilnahme als aus Sicht der Teilnehmer ( $MD = 1$ ): Bei einer dreistufige Antwortmöglichkeit mit den Ausprägungen *eher dagegen* (-1), *weder dafür noch dagegen* (0) und *eher dafür* (+1) unterschieden sich die Gruppen der Teilnehmer und Nichtteilnehmer in ihren Antworten auf die Frage *Sprach die Meinung von anderen, die Sie um Rat gefragt haben, eher für oder eher gegen eine Teilnahme?*. Der mittlere Rang der Nichtteilnehmer lag signifikant unter dem der Teilnehmer (23.70 bzw. 34.56 bei  $N = 61$ ;  $U = 264.00$ ,  $Z = -3.49$ ,  $p < 0,001$ ).

Dagegen ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen Versicherten, die einen Rat eingeholt haben, gegenüber den Versicherten, die niemanden um einen Rat fragten, feststellen ( $\chi^2(df=1) = 3,233$ ;  $p < 0,072$ ).

Die Teilnehmer und Nichtteilnehmer am HPP unterschieden sich in ihrem Antwortverhalten auf die Frage *Sprach Ihre häusliche Situation eher für oder eher gegen eine Teilnahme?*. Die Realisierungen der dreistufige Antwortmöglichkeit lauten *eher dagegen* (-1), *weder dafür noch dagegen* (0) und *eher dafür* (+1). Der mittlere Rang der Nichtteilnehmer lag signifikant unter dem der Teilnehmer (42,53 bzw. 61,70 bei  $N = 107$ ;  $U = 883,00$ ,  $Z = -3,55$ ,  $p < ,001$ ). Bei den Nichtteilnehmern ( $MD = 0$ ) sprach die häusliche Situation seltener für die Teilnahme als bei den Teilnehmern ( $MD = 1$ ).

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Schwere der Hauterkrankung vs. Teilnahme am HPP ( $t(df=106) = 1,20$ ;  $p > 0,05$ ) und der derzeitigen Berufszufriedenheit vs. Teilnahme am HPP ( $t(df=65) = 1,50$ ;  $p > 0,05$ ) konnte nicht nachgewiesen werden.

#### 5.2.2 Globale Betrachtung der Einflussfaktoren

---

In der IV. und letzten Stufe des im Methodenteil beschriebenen Algorithmus wurde eine logistische Regression mit den Prädiktoren *Bedenken wegen des zeitlichen Aufwands in den freien Antworten spontan genannt, erwartete Heilungsaussichten sprachen für eine Teilnahme* und *die Meinung von anderen, sprach eher gegen eine Teilnahme* jeweils in den zwei Abstufungen *ja* (1) und *nein* (0) sowie dem Prädiktor *Sprach die Situation an Ihrem Arbeitsplatz eher für oder eher gegen eine Teilnahme?* binär kodiert mit den Ausprägungen *eher dagegen* (0 0), *weder dagegen noch dafür* (1 0) und *eher dafür* (0 1) durchgeführt.

Wie in Tabelle 8 illustriert, scheint ein Modell mit drei der vier Prädiktoren zur Vorhersage der Teilnahme am besten geeignet. Die Kenntnis der Meinung anderer bringt keinen signifikanten zusätzlichen Informationsgewinn bei der Vorhersage der Teilnahme.

Die Modellgüte-Kriterien Klassifikationsgenauigkeit und insbesondere Anteil aufgeklärter Varianz rechtfertigen die Verwendung dieses Modells im Vergleich zum sparsameren Modell mit zwei Prädiktoren. Die willkürliche Vorhersage, dass alle Personen am HPP teilnehmen, würde zu einer Trefferquote von 58,7 % korrekten Vorhersagen führen (bewertet anhand der tatsächlichen Teilnahme). Der Zugewinn an Klassifikationsgenauigkeit einer Teilnahme am HPP beträgt mit Hilfe des verwendeten logistischen Regressionsmodells 18,2 %-Punkte. Die Quote korrekter Klassifikationen liegt mithin bei 76,9 % für das 3-Prädiktoren-Modell. Bei einem Modell mit nur 2 Prädiktoren läge der Anteil korrekter Klassifikationen zwar nur geringfügig tiefer, nämlich bei 75,0 %. Anders verhält sich dies aber für das zweite Güte-Kriterium, nämlich den Anteil erklärter Varianz. Bezüglich des erklärten Anteils von Varianz im Verhältnis zur Gesamtvarianz der Teilnahme-Wahrscheinlichkeit ergibt sich Nagelkerkes  $R^2$  von 0,423 im 3-Prädiktoren-Modell. Im 2-Prädiktoren-Modell liegt  $R^2$  nur bei 0,312.

		Zeitlicher Aufwand	Erwartete Heilungschancen	Arbeitsplatzsituation	Arbeitsplatzsituation (1)	Arbeitsplatzsituation (2)	K
<b>Regressionskoeffizient B</b>		-2,370	1,772		-0,440	1,394	
<b>Signifikanz</b>		0,001	0,006	0,004	0,550	0,043	
<b>Odds Ratio = Exp (B)</b>		0,094	5,884		0,644	4,031	
<b>95,0 % Konfidenzintervall für Exp (B)</b>	<b>Oberer Wert</b>	0,376	20,658		2,725	15,513	
	<b>Unterer Wert</b>	0,023	1,676		0,152	1,047	
<b>Standardisierter Koeffizient <math>\beta</math></b>		-0,33	0,27		-0,07	0,26	
<b>Standardisiertes Odds Ratio: Exp (<math>\beta</math>)</b>		0,72	1,31		0,93	1,30	

Tabelle 8: Darstellung der Werte der logistischen Regression der IV. Stufe für die Variablen in der Gleichung

Im ausgewählten 3-Prädiktoren-Modell spielen für die Prognose einer Teilnahme am HPP folgende Variablen eine bedeutende Rolle: die Arbeitsplatzsituation, der zeitliche Aufwand und die erwarteten Heilungschancen. Wie den standardisierten Regressionskoeffizienten in Tabelle 8 zu entnehmen ist, ist eine Rangbildung anhand der  $\beta$  möglich. Diese Rangbildung ermöglicht es, den relativen Beitrag der einzelnen Prädiktoren zur Aufklärung der Teilnahmewahrscheinlichkeit einzuschätzen. Aufgrund der logistischen Eigenschaften der Regressionsgleichung wird hier auf eine sophistizierte Betrachtung der einzelnen Gewichte verzichtet und nur eine ordinale Betrachtungsweise angelegt. Das größte Gewicht für die Vorhersage der Teilnahmewahrscheinlichkeit erhält die Arbeitsplatzsituation mit 0,33 (Summe aus den standardisierten  $\beta$  Koeffizienten der zugehörigen binären Hilfsvariablen), dicht gefolgt vom zeitlichen Aufwand mit 0,33. An dritter Stelle steht die Frage, ob die erwarteten Heilungsaussichten für oder gegen eine Teilnahme sprachen mit 0,27.

Das *Odds Ratio* (OR) gibt Auskunft über die Vorhersagewirkung der einzelnen Prädiktoren, wobei jeweils davon ausgegangen wird, dass die übrigen Prädiktoren gleich bleiben. Im Unterschied zur Interpretation der  $\beta$ -Koeffizienten ist es hier sinnvoll, mit unstandardisierten

---

Werten zu arbeiten, weil es weniger um den relativen Vergleich der Prädiktoren miteinander geht, als um die Auswirkungen von Veränderungen im Wert jeweils eines Prädiktors.

- Wenn im Interview der zeitliche Aufwand spontan als gegen die Teilnahme sprechend geäußert wird, dann besteht die geringe Chance von 0,094 zu 1, dass es sich um einen HPP-Teilnehmenden handelt im Vergleich dazu, dass diese spontane Äußerung nicht erfolgt.
- Wenn geantwortet wird, dass die Heilungschancen für eine Teilnahme sprechen, dann besteht die hohe Chance von 5,884 zu 1, dass die Person ein HPP-Teilnehmer bzw. eine HPP-Teilnehmerin ist im Vergleich zu einer indifferenten oder ablehnenden Einstufung.
- Wenn die Arbeitsplatzsituation eher für eine Teilnahme spricht, dann besteht die Chance von 4,031 zu 1 für eine Teilnahme im Vergleich dazu, dass dies nicht der Fall ist. Die zusätzliche Unterscheidung der Antworten „eher dagegen“ und „weder dafür noch dagegen“ ist nicht unbedingt informativ, da das entsprechende OR der zugehörigen binären Variablen, wie den Konfidenzgrenzen zu entnehmen ist, nicht sicher von 1 verschieden ist.

---

## 6 Diskussion

### 6.1 Analyse der adaptierten Rekrutierungsstrategie

Für die Commitmenterhöhung der Versicherten der BGN wurde die individuelle Rekrutierungsstrategie von Witte et al. 2004 adaptiert. Die wichtigsten Determinanten dieses Patientenkollektivs wurden in das für die Teilnahme werbende Material integriert. Außerdem wurde diese Strategie mit nichtfinanziellen Anreizen gekoppelt, um eine Commitmentsteigerung herbeizuführen.

Für das werbende Material wurde ein persönliches Anschreiben (neues Anschreiben, zusätzliche Falldarstellung, zusätzliches Informationsmaterial) aus den möglichen Informationsmedien gewählt. Dies stellte eine preiswerte Option für das Angebot des HPP dar und erfüllte somit das Kriterium der leichten ökonomischen Umsetzbarkeit im Sinne der Zielstellung dieser Arbeit. Der Vorteil der minimierten Zeitbarriere dieses Informationsmediums ist für die Situation der Versicherten des Back-, Hotel- und Gaststättengewerbes aufgrund ihrer Arbeitszeiten von äußerster Relevanz. So würden sich die Arbeitszeiten von den Arbeitnehmern dieser Berufszweige mit denen einer potentiell möglichen Telefonistin der BGN überschneiden, was dem Kriterium der Praktikabilität der Intervention zur Commitmenterhöhung nicht entsprechen würde. Dieser Zusammenhang kann anhand der schwierigen telefonischen Kontaktaufnahme bezüglich der Befragung bestätigt werden. Daher erfolgte das Angebot des HPP nicht per Telefon oder durch persönlichen Kontakt. Außerdem kann der Versicherte einen für ihn adäquaten Zeitpunkt zum Lesen des Anschreibens wählen und bei Bedarf erneut darauf zurückgreifen (Napolitano und Marcus 2002).

Die bisher dargestellten Vorteile der Wahl eines persönlichen Anschreibens erfüllen auch die Informationsmedien Internet und E-Mail. Da diese Studie regional begrenzt ist, wurden die Dermatologen bzw. Arbeitsmediziner, welche die Sprechstunde und die Schulungen zum HPP durchführten, nach ihren Erfahrungen bezüglich der technischen Ausrüstung der Versicherten befragt. Sie wiesen darauf hin, dass von ca. zehn Arbeitnehmern eines Hautschutzseminars in der Regel nur eine Person einen Internetanschluss und entsprechende E-Mailadresse besitzt. Die technischen Gegebenheiten der Versicherten sind somit sehr eingeschränkt. Laut Kreuter und McClure 2004 verwenden Personen geringerer Einkommensgruppen und eines geringeren Ausbildungsstandes eher keine neueren Technologien. In manchen Bevölkerungsgruppen

---

haben weniger als 10 % einen Internetzugang. Nach Aussage von Mitarbeitern der Abteilung Gesundheitsschutz der BGN trifft dies auch für die Berufsgruppen der Nahrungsmittel- und Gaststättenbranche zu. Außerdem wäre für den Hinweis einer Webseite zum Angebot des HPP eine vorherige Kontaktaufnahme mit den Versicherten notwendig gewesen (Leslie et al. 2005). Dies wäre eine eher nicht praktikable Lösung des Angebotes für das Sekundärpräventionsprogramm Haut gewesen.

Aus den dargelegten Gründen stellen das Internet und der Kontakt per E-Mail keine gute Alternative für das Angebot des HPP dar. Letztlich ist ein persönliches Anschreiben ein optimales Informationsmedium für das Angebot des HPP in Thüringen und Sachsen.

Anhand der von Boslaugh et al. 2005 aufgezeigten drei Determinanten zur Werbung für körperliche Betätigung, welche mit den drei Dimensionen des Empfängers des Persuasionsmodells von McGuire identisch sind, sollen nun die Schlüsseldeterminanten des Untersuchungskollektivs dieser Dissertation, die entsprechend der individualisierten Rekrutierungsstrategie gezielt in den verwendeten Materialien adressiert wurden, abgehandelt werden. Boslaugh et al. 2005 charakterisieren ihre Gruppe durch die soziodemographischen und psychosozialen Determinanten als auch den gesundheitlichen Zustand des Kollektivs als homogene Gruppe. Somit entsteht eine ausreichende Homogenität der Versicherten, welche die soziodemographischen Determinanten um zwei weitere Schlüsselemente der effizienten Kontaktierung ergänzt (Kreuter et al. 1999).

Das soziodemographische Profil der Versicherten zeigt eine Dominanz des weiblichen Geschlechts, ein Durchschnittsalter von 29 Jahren und primär die Berufsbilder des Bäckers und Gastronoms. Diese von Stadeler 2003 erhobenen Daten konnten auch im Rahmen dieser Dissertation bestätigt werden und wurden zur vorherigen Charakterisierung der Versicherten verwandt.

Der Gesundheitszustand der Versicherten ist durch das Vorhandensein einer Hautsymptomatik bzw. -erkrankung gekennzeichnet.

Die psychosozialen Determinanten wurden anhand des Transtheoretischen Modells und des Sozial-kognitiven Prozessmodell identifiziert. Die von Bauer et al. 2002 dargestellte Charakterisierung der Stufen des TTM für Präventivmaßnahmen bei Bäckerlehrlingen wurde unter



Berücksichtigung von Pinto et al. 1998 und Prochaska et al. 1992 an die Situation der Versicherten der BGN adaptiert und ist in der Tabelle 9 dargestellt.

Stufe des TTM	Charakterisierung
Sorglosigkeit	Keine Absicht seitens des Versicherten Hautschutzmaßnahmen zu ergreifen
Bewusstwerden	Versicherte hat die Absicht in naher Zukunft Hautschutzmaßnahmen zu ergreifen
Vorbereitung	Versicherte übt inkonsequenten und unzureichenden Hautschutz aus oder hat ihn wieder eingestellt
Handlung	Versicherte integriert erfolgreich einen konsequenten und effizienten Hautschutz in seinen Lebensstil

*Tabelle 9: Charakterisierung der Stufen des TTM für die Versicherten der BGN*

Es wurde angenommen, dass die Entscheidung für die Teilnahme am HPP im Übergang von der Stufe der Vorbereitungs- zur Handlungsstufe von den Versicherten getroffen wurde. Denn durch eine Teilnahme am HPP ist für viele Versicherte erst ein wirklich effizienter und an ihre Situation angepasster Hautschutz möglich. Die Zuordnung der Versicherten auf die unterschiedlichen Stufen wurde aufgrund des praktisch nicht vorhandenen Forschungsstands zur Sekundärprävention von Arbeitnehmern in Bezug auf das TTM mit der vorliegenden Studie zur Primärprävention von körperlicher Aktivität (Marcus et al. 1992c) bei sitzenden Beschäftigten als auch der Daumenregel Prochaskas und Velicers 1997, nach der sich 60 % der Risikobevölkerung auf der Bewusstwerdens- und Vorbereitungsstufe befinden, getroffen. Laut Marcus et al. 1992c befanden sich 54 % der sitzenden Arbeitnehmer in der Stufe des Bewusstwerdens und der Vorbereitung. Überträgt man die aus Primärpräventionsstudien gewonnene Daumenregel Prochaskas und Velicers 1997 auf die Situation der Versicherten der BGN, die zur Sekundärprävention aufgerufen werden, so müssen sich diese mindestens in der gleichen Prozentzahl auf den Stufen des Bewusstwerdens und der Vorbereitung befinden. Diese Tatsache kann mit dem erfolgten Hautarztbericht, welcher eine Arztkonsultation des Versicherten voraussetzt, unterlegt werden.

Die Stadieneinteilung der Versicherten wurde genutzt, um gezielte Mechanismen, welche zum Übergang in die nächst höhere Stufe und somit letztlich zum Commitment am HPP führ-

---

ten, einzusetzen. Wie in einer Studie von Rakowski et al. 1992 wurden auch bei den eingesetzten Variationen Versicherte von zwei Stufen der Verhaltensänderung adressiert.

Nutzt man den Erklärungsspielraum des SCM für eine Verhaltensinitiiierung, so erfolgt die Entscheidung für eine Teilnahme in der präaktionalen Phase, in welcher der Handlungsplan, nämlich das Commitment am HPP, entworfen wird. Alle Mechanismen, die zur Intentionsbildung führen, können somit eine Teilnahmeentscheidung begünstigen und wurden in den eingesetzten Materialien mit entsprechendem Erfolg berücksichtigt (siehe 6.3, 6.4).

Die Identifizierung dieser Schlüsseldeterminanten des Untersuchungskollektivs war Prämisse für die Entwicklung des zielgerichteten, personalisierten neuen Anschreibens als auch einer zielgerichteten Falldarstellung und eines zielgerichteten Informationsmaterials mit einer jeweiligen größtmöglichen Tendenz zu einem maßgeschneiderten Material (Kreuter et al. 2002, Kreuter et al. 2000, Kreuter und Wray 2003). Somit konnten die wichtigen Charakteristika der Versicherten des Back-, Hotel- und Gaststättengewerbes zielgerichtet in den jeweiligen Interventionen adressiert werden. Wie aus den Ausführungen des Kapitels 2.6.2 ersichtlich, können diese zielgerichteten Materialien fast genauso effizient die Entscheidung für eine Teilnahme am HPP beeinflussen, ohne die Compliance zu belasten, wie dies bei einem maßgeschneiderten Material der Fall wäre (Kreuter et al. 2000, Kreuter und Wray 2003, Kreuter et al. 2002). Diese Tatsache spiegelt sich in der erzielten Commitmentquote durch das neue Anschreiben und wahrscheinlich auch in der zusätzlichen Falldarstellung wider. Die Modifikationen der genannten Materialien führten dazu, dass die jeweiligen Informationen den Versicherten eher erreicht haben und sie deren Inhalt eher auf ihr eigenes Leben übertragen konnten. Die Verwendung des Namens des Versicherten im neuen Anschreiben steigerte wahrscheinlich, so wie Kreuter und McClure 2004 ausführen, die Aufmerksamkeit der Versicherten. Dadurch stieg die Wahrscheinlichkeit, dass das neue Anschreiben gelesen wurde. Wahrscheinlich konnte sich durch die Annäherung zum maßgeschneiderten Material, ein sich zwischen dem zielgerichteten und personalisierten Feedback befindliches Feedback entwickeln, welches die Versicherten eher zum Commitment am HPP veranlasste, als dies bei einem nur zielgerichteten Feedback der Fall gewesen wäre (DiClemente et al. 2001). Die Wirkung der adressierten Schlüsseldeterminanten wird in den folgenden Kapiteln für die einzelnen Variationen der experimentellen Variation weiter ausgeführt.

---

Die Entscheidung gegen ein maßgeschneidertes Anschreiben ist in den höheren Kosten und dem größeren Aufwand, welche den Kriterien der Praktikabilität und ökonomischen Umsetzbarkeit der Zielstellung dieser Dissertation nicht entsprechen, begründet.

Die BGN als Absender führte bei den Versicherten eher zu Respekt und Aufmerksamkeit der Informationsquelle gegenüber, wodurch die jeweiligen experimentellen Variationen wahrscheinlich eher gelesen wurden. Durch verschiedene Interventionsmaßnahmen, wie beispielsweise das Präventionsprogramm für Bäcker mit allergischen obstruktiven Atemwegserkrankungen, das Lärmpräventionsprojekt oder auch das systemorientierte interdisziplinäre Präventions- und Rehabilitationsmodell bandscheibenbedingter Erkrankungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, konnte die BGN ihre Sachkenntnis und ihren Expertenstatus den Versicherten gegenüber nachweisen. Dabei ist gleichzeitig anzunehmen, dass die dadurch erlangte Glaubwürdigkeit der BGN ebenfalls zur Commitmenterhöhung geführt hat. Die Auswirkungen des zielgerichteten Informationsmaterials müssen dabei gesondert betrachtet werden (siehe 6.5).

Während bei vielen Versicherten der Kontakt zur BGN positiv unterlegt ist, haben einige Versicherte jedoch eher negative Kognitionen der BGN gegenüber. Sie befürchten vor allem eine Kontaktaufnahme der BGN mit dem Arbeitgeber anlässlich ihrer Hauterkrankung und verbinden damit Ängste bezüglich eines Arbeitsplatzverlustes. Die Informationsquelle BGN kann also eine Barriere oder ein Motivationsfaktor für die Inanspruchnahme des HPP darstellen.

## **6.2 Wirkungsanalyse des alten Anschreibens**

Das alte Anschreiben der BGN führte lediglich zu einer Teilnahmequote von 30 %. Indem die Freiwilligkeit einer Teilnahme und deren Rechtsgrundlage betont wurden, wirkte dieses Anschreiben wahrscheinlich eher unverbindlich auf die Versicherten der BGN. Als allgemein gehaltene Nachricht abgefaßt, war es nicht auf die wichtigen Determinanten der Versicherten zugeschnitten. Daraus lässt sich wahrscheinlich die geringe Effektivität bezüglich der Kommunikation einer Teilnahme am HPP herleiten (Napolitano und Marcus 2002).

---

Des Weiteren wurde mit der Betonung der Arbeitsplatzbesichtigung und der notwendigen Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber eine mögliche Barriere für das Commitment am HPP angesprochen oder eventuell erst aufgeworfen. Laut Bott 2000 sollten gerade solche möglichen negativen Konsequenzen eines bestimmten Verhaltens zu minimieren. Vorteile einer Teilnahme wurden relativ kurz skizziert und bezogen sich vor allem auf mögliche Vorschläge zur Verbesserung der Hautsituation nach erfolgter erster Sprechstunde. Somit wurde weder die Konsequenzerwartung des SCM noch die Entscheidungsbalance des TTM (Schmid et al. 1999) entscheidend positiv beeinflusst. Auch andere mögliche Angriffspunkte zur Commitmentsteigerung, wie z.B. die Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung (Marcus et al. 1998a), wurden in diesem Anschreiben der BGN nicht realisiert. Insgesamt führten diese Aspekte wahrscheinlich zu einer so geringen Rekrutierung von Teilnehmern am HPP.

### **6.3 Wirkungsanalyse des neuen Anschreibens**

Durch die Entwicklung eines personalisierten und zielgerichteten neuen Anschreibens mit der größtmöglichen Tendenz zu einer maßgeschneiderten Nachricht wurde versucht, die bereits in Kapitel 6.1 geschilderten Vorteile zur effektiven Kommunikation mit dem Anschreiben zu erzielen. Die mit dem neuen Anschreiben erreichte signifikante Teilnahmequote von 53,8 % ist weiterhin auf folgende Modifikationen zurückzuführen.

Durch die Erläuterung der Ziele des HPP wurde dieses Anschreiben eher verstanden. Nach Bull et al. 2001 kann eine solche Vorgehensweise zu einer erhöhten Attraktivität des Materials und somit zur Befürwortung des Anschreibens als informativ und nützlich führen.

Durch die Betonung der Erfolgsaussichten wurde positiv Einfluss auf die Konsequenzerwartung der präintentionalen Phase des SCM genommen. Dadurch sollte eine Intentionsbildung mit folgendem Handlungsplan beschleunigt werden (Bott 2000, Schwarzer und Renner 2000). Auch die in den Stufen des Bewusstwerdens und der Vorbereitung notwendige Betonung der Vorteile (Rossi et al. 2001) zum Übergang in die höheren Stufen mit dem Ziel des Commitments, bietet einen Erklärungsrahmen für die erzielte Teilnahmequote.

---

Die Darstellung möglicher Auswirkungen einer Exazerbation der Hauterkrankung diene der Steigerung von Emotionen, wie Angst, bei den Versicherten. Durch das anschließende Angebot des HPP konnten diese negativ akzentuierten Emotionen reduziert werden. Diese Kommunikationsstrategie integriert die dramatische Entlastung als Kognitiv-Affektiven-Prozess des TTM, welcher insbesondere in den Stufen des Bewusstwerdens und der Vorbereitung von den Versicherten verwendet wird (Prochaska et al. 1992).

Auch in der Gesundheitspädagogik wird diese, als Abschreckungskonzept bezeichnete Strategie, genutzt, um den Vorteil einer Gefahrreduktion durch eine präventive Maßnahme zu verdeutlichen (Wulfhorst 2002).

Des Weiteren wird durch die Darstellung möglicher Auswirkungen einer entwickelten Berufskrankheit das Problembewusstsein geschärft. Der Versicherte bewertet darüber hinaus seine Situation neu. Somit kommt es zur Förderung der Kognitiv-Affektiven-Prozesse Selbstbewertung und Problembewusstsein bei den Versicherten.

Im Rahmen des SCM wurde durch diese Kommunikationsstrategie die Bedrohung der gegenwärtigen Situation verdeutlicht. Durch das anschließende Angebot des HPP konnte die Konsequenzerwartung infolge einer Teilnahme am Programm gesteigert werden.

Die im neuem Anschreiben dargestellten Anreizwerte, wie das kostenlose zur Verfügung stellen von Schutzmitteln für den Zeitraum der Teilnahme, als auch die Übernahme von Kosten (Reisekosten, Lohnausfall), trugen wie auch in anderen Studien (Bailey et al. 2004) durch eine Steigerung der Aufmerksamkeit zur Erhöhung des Commitments bei. Die bei Harris et al. 2003 als auch von Brown et al. 2000 ausgeführten Schwierigkeiten bei der Anreise konnten, wie von Maxwell et al. 2005, Abernethy et al. 2005 als auch von Swanson und Ward 1995 empfohlen, durch das Angebot der Übernahme von Fahrtkosten beseitigt werden. Durch die Übernahme von Lohnausfallkosten konnte ein weiteres Teilnahmehindernis (Abernethy et al. 2005) eliminiert werden. Außerdem konnte die Selbstwirksamkeitserwartung durch die Beseitigung der genannten Barrieren gesteigert werden.

Wissenschaftliche Arbeiten (Edwards et al. 2002, Tishler und Bartholomae 2002) konnten zeigen, dass sowohl Geldbeträge als auch andere Anreizwerte zur Steigerung des Commitments führen. Innerhalb der vorliegenden Untersuchung wurden mit der Übernahme von Fahrtkosten und Lohnausfallkosten sowie der Ausrüstung der Versicherten mit Schutzmitteln zahlreiche Anreize geschaffen, die nach DiClemente et al. 1999 auch äußere Motivationsquel-

---

le genannt werden. Auf eine direkte Abgabe von Geldbeträgen als Anreizwert wurde dagegen verzichtet. Zusätzlich haben die Anreizwerte des neuen Anschreibens wahrscheinlich einen wesentlichen Beitrag zur Steigerung der Konsequenzerwartung und der Entscheidungsbalance bei den Versicherten geleistet.

Allerdings könnte die bereits gesteigerte Teilnahmequote von über 50 % durch das Angebot eines bestimmten Geldbetrages als Anreizwert zum Commitment weiter erhöht werden (Heinrichs 2006, Ashing-Giwas und Ganz 2000). So zeigten Guyll et al. 2003, dass gerade finanzielle Anreize bei Personen mit geringerem Bildungsniveau einen großen Einfluss für das Commitment haben. Beispielsweise könnte das Angebot von 3 Euro in Kombination mit dem Erinnerungsschreiben bereits eine ökonomisch erschwinglichen und effiziente Option zur weiteren Rekrutierung darstellen (Shaw et al. 2001). Somit könnten gerade Versicherte mit geringerem Bildungsniveau zusätzlich motiviert werden. Dagegen würde das Angebot an einer Lotterie teilzunehmen oder der mögliche Gewinn eines bestimmten Geldbetrages laut Aadahl und Jorgensen 2003 sowie Tamayo-Sarver und Baker 2004 eher zu keiner Commitmentsteigerung führen.

Die von Marcus et al. 1998b verfolgte Strategie des häufigen Kontakts zur effektiven Kommunikation durch den Einsatz des Erinnerungsschreibens zum neuen Anschreiben hat jedoch zu keiner weiteren Erhöhung der Teilnahmequote geführt. Wahrscheinlich war die Informationsquelle der BGN ein wesentlicher Motivationsfaktor, um sich bereits nach dem Erhalt des neuen Anschreibens für oder gegen eine Teilnahme zu entscheiden. Somit hatte ein folgendes Erinnerungsschreiben keinen weiteren Einfluss mehr auf das Commitment.

Die dargestellten Mechanismen haben letztlich zu einer Erhöhung der Teilnahmeentscheidungen am HPP durch die Versicherten der BGN geführt und sind weiter ausbaufähig.

#### **6.4 Wirkungsanalyse der zusätzlichen Falldarstellung**

Indem die zusätzliche Falldarstellung zum neuen Anschreiben ebenfalls zielgerichtet konstruiert wurde, nutzte es die in Kapitel 6.1 genannten Vorteile dieser Art von Nachricht.

---

Die tendenziell signifikante Erhöhung der Teilnahmequote um 21,9 % im Vergleich zum alten Anschreiben ist wahrscheinlich auf die folgend dargestellten Punkte zurückzuführen.

Die Falldarstellung wurde informativ und attraktiv (durch Verwendung von Bildmaterial) gestaltet. Damit war eine Steigerung der Aufmerksamkeit der Versicherten intendiert (Bull et al. 2001).

Die Falldarstellung integrierte wesentliche soziodemographische Aspekte, wie Alter oder Berufsgruppe der Versicherten, und die Beschreibung der Hautsituation des Bäckers bzw. Gastromons neben den psychosozialen Determinanten einer effektiven Kommunikation. Diese Schlüsseldeterminanten sollten im Vergleich zum neuen Anschreiben noch stärker betont werden. Gleichzeitig wurde der Ablauf des HPP am Beispiel des konstruierten Falls erläutert, so dass sich der Versicherte exemplarisch in der Falldarstellung wieder finden konnte. Damit sind wesentliche Voraussetzungen für ein effektives Beobachtungslernen erfüllt, das insbesondere durch ein Verhaltensmodell mit großen Ähnlichkeiten zur Erfahrungswelt des Betroffenen gefördert werden kann (Bott 2000, Schwarzer 1996, Knäuper und Schwarzer 2000). Bei dieser Strategie sollte die Selbstwirksamkeitserwartung der Versicherten, durch die Verwendung des stellvertretenden Lernens, gezielt gesteigert werden. Dieses Verfahren wurde bereits im Rahmen von Patientenschulungen erfolgreich umgesetzt und kann nun durch die hier vorliegenden Ergebnisse bestätigt werden (Ehlebracht-König und Bönisch 2002).

Des Weiteren sollte durch das Aufzeigen des Resultats einer Teilnahme am Beispiel des Versicherten und deren Visualisierung anhand eines Bildvergleiches die Konsequenzerwartung der Arbeitnehmer gesteigert werden.

Der Hinweis, dass eine Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber zwecks Arbeitsplatzanalyse nur bei einem Einverständnis des Versicherten erfolgt, diene der Beseitigung dieser denkbaren Barriere des Commitments am HPP.

Letztlich ist methodisch kritisch anzumerken, dass die Falldarstellung in Kombination mit dem erfolgreichen neuen Anschreiben verschickt wurde. Infolge dessen ist der Einzeleffekt der Falldarstellung schwierig zu beurteilen. Wahrscheinlich unterstützte der Effekt der Fall-

---

darstellung die Wirkung des neuen Anschreibens und konnte eventuell somit die tendenziell signifikante Teilnahmequote von 51,9 % erzielen.

### **6.5 Wirkungsanalyse des zusätzlichen Informationsmaterials**

Der zusätzliche Einsatz Informationsmaterial zu der mit dem neuen Anschreiben assoziierten Falldarstellung führte nur zu einer unwesentlichen Erhöhung der Teilnahmequote um 5 % im Vergleich zum alten Anschreiben und unterscheidet sich nicht signifikant von dem alten Anschreiben.

Durch die verständliche Schreibweise und die Erklärung von Begriffen wie Prävention wurde dieses Material gerade für Versicherte mit geringerem Bildungsstand konzipiert. Royal et al. 2000 ermittelten z.B., dass ein geringer Bildungsstand eine Barriere zur Teilnahme an präventiven Maßnahmen für Prostatakrebs ist. Analogisiert man diesen Sachverhalt auf die Situation der Bäcker und Gastronomen, so hätte durch die verständliche Schreibweise eigentlich ein Hindernis zum Commitment eliminiert werden können. Somit hätte sich die Attraktivität als auch die Vertrauenswürdigkeit der Informationen erhöht.

Auch die ausführliche Darstellung der Vorteile hätte positive Auswirkungen auf die Konsequenzerwartung und die Entscheidungsbalance der Versicherten haben müssen. Denn hier wurden die Anreizwerte noch einmal explizit betont.

Der Hinweis, dass das Hautschutzseminar montags stattfindet, diene der Beseitigung einer weiteren Barriere. Insbesondere bei Gastronomen, die überwiegend ihre Ruhetage auf den Montag terminieren, kann ein Arbeitsausfall vermieden werden.

Als mögliche Gründe für eine fehlende Effektivität des Informationsmaterials bezüglich einer Commitmenterhöhung muss einerseits eine Informationsüberflutung diskutiert werden. Das Wirken des Informationsmediums ist von der Vorbereitung des Empfängers, eine Nachricht zu lesen, abhängig. Laut Bisson und Rehm 1989 erfolgt die Verarbeitung einer Nachricht nicht immer auf aktivem kognitivem Weg. Insbesondere bei Personen mit einer geringen Mo-



---

tivation oder Fähigkeit zur Verarbeitung ist die Relevanz nebensächliche Hinweisreize erhöht. Ein Zuviel an Information (neues Anschreiben, Falldarstellung und Informationsmaterial) könnten dabei leicht in einer Senkung der Aufmerksamkeit und der Auseinandersetzung mit der Botschaft resultieren oder sogar mit negativen Gefühlen gegenüber der Botschaft assoziiert sein. Somit wurden die verschickten Materialien zum HPP wahrscheinlich gar nicht erst verwendet und gelesen.

Weiterhin muss für die Betrachtung dieses Teilaspektes der Untersuchung, die relativ kleine Stichprobe an Versicherten (N=20), welche das Informationsmaterial erhalten haben, berücksichtigt werden. Eine Überprüfung des dargestellten Sachverhalts im Rahmen einer weiteren kontrollierten Interventionsstudie wird in Nachfolgeprojekten angestrebt.

Auch hier ist anzumerken, dass aufgrund der Kombination von Informationsmaterial, der Falldarstellung als auch des neuen Anschreibens der alleinige Effekt des Informationsmaterials nicht beurteilt werden kann. Das Zusatzmaterial (Falldarstellung, Informationsmaterial), wurde jedoch als Ergänzung zum Anschreiben konzipiert und konnte deshalb nicht separat geprüft werden. Aus den Erfahrungen der Untersuchung lässt sich deshalb ableiten, dass eine kurze prägnante zielgerichtete Nachricht wahrscheinlich für die Versicherten den größten Anreiz zur Teilnahme am HPP darstellt.

## **6.6 Evaluation der Kausalitäten für eine Inanspruchnahme des HPP und deren Verweigerung**

Der ermittelte Zusammenhang, dass Teilnehmer am HPP eher an der Befragung teilnehmen als dies bei Nichtteilnehmern der Fall ist, lässt sich mit der erhöhten Sensibilität der Teilnehmer gegenüber diesem Thema (Pappas-Deluca et al. 2006) als auch mit einer eher positiven Einstellung infolge des Commitments am HPP erklären. Nichtteilnehmer nehmen das Programm wahrscheinlich eher als unwichtig und unbedeutend wahr (Varnado-Sullivan und Horton 2006).

---

Die Befürwortung der anhand des Fragebogens eruierten Faktoren Art der Information, Arbeitsplatzsituation, Meinung anderer, häusliche Situation und die erwarteten Heilungschancen führte zu einer Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und Konsequenzerwartung der Versicherten und zur Intention zum Commitment am HPP. So konnte z.B. die Meinung anderer, wenn sie den Versicherten zur Teilnahme ermutigten (Bott 2000), einen Anreizwert zur Teilnahme am HPP bilden und die Selbstwirksamkeitserwartung des Arbeitnehmers stärken.

Bei der derzeitigen Arbeitsmarktsituation spielen Ängste bzgl. eines Arbeitsplatzverlustes gerade bei älteren Versicherten eine bedeutende Rolle. Ihre Konsequenzerwartung einer Teilnahme am HPP ist infolge dessen erhöht.

In den situativen Barrieren und Ressourcen des SCM spiegeln sich die Faktoren Arbeitsplatzsituation, häusliche Situation und Meinung anderer wider. Sprachten diese gegen eine Teilnahme, indem nämlich der soziale Rückhalt des Betroffenen nicht gewährleistet war, so kam es eher zu einer Nichtinanspruchnahme des HPP.

Die häusliche Situation umfasst dabei logistische Probleme (Lovato et al. 1997, Bailey et al. 2004) als auch Interferenzen mit der Familie (Brown et al. 2000). Zwei Drittel der Versicherten des Untersuchungskollektivs dieser Studie sind Frauen, welche unterschiedliche Rollen, wie Ehefrau, Mutter, Arbeiterin usw. in sich vereinen (Smith und Coyle 2006). Somit ist ihre Zeit für zusätzliche Aktivitäten, wozu die Teilnahme am HPP definitiv zählt, begrenzt. Daher sind diese potentiellen Teilnehmer auf eine intakte Einbindung in ein soziales Netzwerk, welches ein Commitment ermöglicht, angewiesen (Schwarzer 1996). Ist dies nicht der Fall, so ist eine Teilnahme am HPP unrealistischer.

Die Arbeitsplatzsituation hat einen großen Einfluß auf die Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme am HPP. Viele Arbeitnehmer haben Angst vor einem Arbeitsplatzverlust. Jeder mögliche negative Angriffspunkt ihrer Person und sei es nur mehr Aufwand für den Arbeitgeber, der z.B. von der BGN auf seine Pflicht, entsprechende Hautschutzmittel zur Verfügung zu stellen, hingewiesen wird, ist für manchen Versicherten Anlass das HPP nicht in Anspruch zu nehmen. Die Arbeitsplatzanalyse mit dem notwendigen Einverständnis des Arbeitgebers kann bei den Versicherten ähnliche Auswirkungen haben. Auch eine Abschwächung der Selbstwirksamkeitserwartung durch eine ablehnende Haltung des Arbeitgebers dem HPP der

---

BGN gegenüber kann zu einer Nichtinanspruchnahme der Teilnahme führen. Kein sozialer Rückhalt im Bezug auf die Arbeitsplatzsituation ist also eher mit einer Ablehnung des HPP assoziiert.

Für das Commitment am HPP existieren keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilnehmern und Nichtteilnehmern am HPP in Bezug auf die Faktoren Kosten, Änderung des sozialen Klimas, Schwere der Hauterkrankung, derzeitige Berufszufriedenheit sowie dem Zusammenhang der Arbeitstätigkeit und der Hauterkrankung. Somit spielen diese Faktoren für die Teilnahmeentscheidung wahrscheinlich eine eher untergeordnete oder gar keine Rolle. Der Zusammenhang einer Hauterkrankung und der Arbeitstätigkeit wurde den Versicherten wahrscheinlich vor dem Erstellen des Hautarztberichtes von dem zuständigen Arzt erläutert. Durch den expliziten Hinweis der Kostenübernahme im neuen Anschreiben, wurden jegliche Bedenken der Kosten für das Programm ausgeräumt. Die Repräsentativität des nichtvorhandenen Einflusses für das Commitment anhand der Schwere der Hauterkrankung und der derzeitigen Berufszufriedenheit ist infolge der notwendigen Änderung des Fragebogens und der damit assoziierten geringen Stichprobengröße fraglich und in weiteren Studien zu überprüfen. Außerdem sollte der Einfluss früherer misslungener Therapieprozeduren auf das Commitment in weiterführenden Untersuchungen evaluiert werden (Knäuper und Schwarzer 2000).

Einige der ermittelten Faktoren, die für bzw. gegen eine Inanspruchnahme sprechen, sind identisch mit den bereits identifizierten Barrieren bei Rekrutierungsversuchen in Rahmen von klinischen Studien oder anderen primärpräventiven Maßnahmen. Speziell für die Sekundärprävention von Berufsdermatosen konnten die Bedeutung der Faktoren Arbeitsplatzsituation und die erwarteten Heilungschancen herausgearbeitet werden.

## **6.7 Die Prognose des Commitments**

Anhand der logistischen Regression konnte gezeigt werden, dass die Faktoren erwartete Heilungschancen, Arbeitsplatzsituation und zeitlicher Aufwand ungefähr gleich wichtig für die Prognose einer Teilnahme am HPP sind.

---

Allerdings ist dabei den Zeitargumenten das größte Gewicht zuzuordnen. In Studien von Maxwell et al. 2005 und Lovado et al. 1997 wurde die Teilnahmezeit als eine wesentliche Barriere für das Commitment an klinischen Studien genannt. Diese Beobachtung konnte in unserer Untersuchung bestätigt werden. Auch die von Schwarzer 1996 angeführte Tatsache, dass der Glaube keine Zeit zu haben, die Handlung beeinflusst, ließ sich eindeutig nachweisen.

Kreuter und McClure 2002 weisen auf die unterschiedlichen Betrachtungsweisen von Zeit hin. So wird sie von manchen Menschen als Konsumgut angesehen: „Zeit, die man spendet! Zeit, die aber auch gekauft werden kann!“ (Kreuter und McClure 2002). Dieses Zeitverständnis verlangt nach Anreizwerten für eine Teilnahme am HPP. Betrachtet man Zeit als Mittel um zukünftige Geschehnisse kontrollieren zu können, so muss die hier ansetzende Kommunikationsstrategie eine eindeutige Verbindung zwischen dem jetzigen Verhalten – also einer Teilnahme am HPP – und einem späteren Ergebnis herstellen. Diese Strategie beschreibt die Steigerung der Konsequenzerwartung. Betont man also diese Kommunikationsstrategien, so steigt durch die Minimierung der Barriere Zeit, die Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme am HPP.

Befürworten die erwarteten Heilungschancen eine Teilnahme am HPP, so ist die Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme aufgrund der höheren Konsequenzerwartung, Entscheidungsbalance und Selbstwirksamkeitserwartung erhöht.

Sprechen die Arbeitsplatzsituation der Versicherten für das Commitment am HPP, so fällt die Prognose einer Teilnahme anhand der erhöhten Konsequenzerwartung, Entscheidungsbalance und Selbstwirksamkeitserwartung als auch des gestärkten sozialen Umfelds eher positiv aus.

Zukünftige Interventionen sollten versuchen, die eruierten, prognostisch wichtigen Faktoren für das Commitment positiv zu beeinflussen. Mögliche Interventionsebenen wären die Schaffung noch höherer Anreizwerte oder die stärkere Eliminierung bzw. Beseitigung der eruierten Barrieren einer Teilnahme.

---

## 6.8 Methodische Reflexion

Nachdem die in dieser Dissertation erzielten Ergebnisse in den obigen Kapiteln diskutiert wurden, soll nun die für diese Arbeit konzipierte und realisierte Methodik kritisch betrachtet werden.

Der Status der BGN als gesetzlicher Unfallversicherungsträger musste bei der Konzeption methodisch berücksichtigt werden. So konnte ein Verschicken der Realisierungen einer vierstufigen experimentellen Intervention nur bundeslandspezifisch (Sachsen oder Thüringen) erfolgen. Dadurch wurden Konstellationen, in denen zwei Versicherte eines Betriebes unterschiedliche Anschreiben zum Angebot des HPP erhalten, vorgebeugt. Eine Randomisierung, die ein wissenschaftlich exakteres Vorgehen darstellt, war aus diesem Grund methodisch nicht möglich. Allerdings konnte durch den Wechsel der Anschreibvarianten in das andere Bundesland für die nächste kontrollierte Interventionsstudie die Repräsentativität für Sachsen und Thüringen gewährleistet werden.

Ein weiterer Punkt der kritischen Reflexion betrifft die in Kapitel 4.2 dargelegte Änderung des Fragebogens während des Untersuchungszeitraums, die sich jedoch nur auf 2 Fragen bezieht. Der Fragebogen war bereits in einer Pilotphase auf Plausibilität und innere Konsistenz geprüft worden. Diese Prüfung ist allerdings an einer relativ kleinen Stichprobe durchgeführt worden ( $N=18$ ). Während der Prüfung waren keine Verständnisprobleme auffällig. Auch zeigten sich bei Verwendung des Originalfragebogens in der 1. kontrollierten Interventionsstudie nur bei 9 von 64 Versicherten aufgrund der gegebenen Antworten Plausibilitätsprobleme. Insbesondere in der 2. kontrollierten Interventionsstudie waren diese Plausibilitätsprobleme jedoch so manifest, dass die zwei betreffenden Fragen geändert werden mussten. In die Endauswertung sind nur die Antworten auf die geänderten Fragen eingegangen. Dadurch ist die Stichprobengröße zur Bewertung der derzeitigen Berufszufriedenheit und der Schwere der Hauterkrankung kleiner als bei den anderen Fragestellungen, was die Repräsentativität in diesem Fall schmälert.

Des Weiteren ist der Stellenwert der ermittelten prognostischen Faktoren für das Commitment am HPP einzugrenzen. Da die Stichprobe für eine logistische Regression zu klein war, musste

---

der in Kapitel 4.4.1 beschriebene Algorithmus etabliert werden. Damit sind die Ergebnisse dieses Verfahrens den Fehlerquellen der Fehlinterpretation oder der falschen Selektion von eventuell passenden Variablen zu einem bestimmten Bereich (z.B. Arbeit oder Soziodemographie) ausgesetzt.

---

## 7 Schlussfolgerungen

Die an Witte et al. 2004 adaptierte individuelle Rekrutierungsstrategie in Kombination mit entsprechenden Anreizwerten hat sich als effiziente, praktikable und ökonomisch leicht umsetzbare Kommunikationsvariante erwiesen. Des Weiteren bestätigte sie die Effizienz proaktiver Informationsmedien (Harris et al. 2003, Velicer und Prochaska 1999).

Das neue Anschreiben und möglicherweise auch die zusätzliche Falldarstellung führten zu einer Erhöhung des Commitments auf über 50 %. Die mit dem neuen Anschreiben assoziierte Falldarstellung sowie die alleinige Verwendung des neuen Anschreibens stellen eine Alternative zum bisherigen alten Anschreiben der BGN dar. Zur weiteren Erhöhung der Teilnahmequote könnte in zukünftigen Interventionen ein bestimmter Geldbetrag als Anreizwert angeboten werden.

Der Einsatz des zusätzlichen Informationsmaterials erfüllte nicht die Zielvorgabe der Commitmentsteigerung auf mindestens 50 % und stellt deshalb keine Alternative zum alten Anschreiben dar. Allerdings ist hier kritisch anzumerken, dass die Wirkung des Informationsmaterial nur an einer sehr kleinen Stichprobe (N=20) untersucht wurde. In einer weiteren Intervention sollte das Informationsmaterial erneut getestet werden. Um einer wiederholten Informationsüberflutung des Versicherten vorzubeugen, sollte das Informationsmaterial z.B. nur mit dem neuen Anschreiben kombiniert werden.

Letztlich ist zu konstatieren, dass die Art der Information über das HPP von entscheidungsrelevantem Einfluss ist. Es stellt jedoch nicht den einzig relevanten Faktor für eine Teilnahmeentscheidung dar. Durch die Berücksichtigung der ermittelten Faktoren Zeit, Alter, erwartete Heilungschancen, Arbeitsplatzsituation, Meinung anderer und häusliche Situation als Kausalitäten für eine Inanspruchnahme bzw. Nichtinanspruchnahme einer Teilnahme zur Sekundärprävention von Berufserkrankungen kann gegebenenfalls durch weitere Modifikationen eine zusätzliche Commitmentsteigerung erzielt werden. So könnte beispielsweise eine Kinderbetreuung während der Sprechstunde und des Hautschutzseminars angeboten werden (Swanson und Ward 1995, Bailey et al. 2004, Brown et al. 2002). Auch die Möglichkeit der Anwendung der Forscherstrategie nach Witte et al. 2004, indem die Art der Information über den Arzt, der

---

das Hautarztverfahren einleitet, kommuniziert wird, stellt eine mögliche Option der Berücksichtigung der genannten Faktoren dar. Eine weitere denkbare Umsetzung der Ergebnisse könnte in der Positionierung eines ehemaligen Teilnehmers am HPP in größeren Betrieben als Anlaufstelle für potentielle Teilnehmer darstellen (Erwin et al. 1999).

Die für die Prognose des Commitments am HPP essentiellen Faktoren beinhalten den zeitlichen Aufwand, die Arbeitsplatzsituation und die erwarteten Heilungschancen.

Die Minimierung von Barrieren am HPP, wobei insbesondere die Arbeitsplatzsituation und der Zeitfaktor berücksichtigt werden müssen, sollten neben einer Betonung der erwarteten Heilungschancen in den Mittelpunkt möglicher künftiger Interventionen gestellt werden.. Somit ließen sich die noch existierenden Reserven zur Teilnahmeerhöhung weiter ausschöpfen.

Diese Dissertation stellt eine Initialstudie zum Commitment an Sekundärpräventionsprogrammen bei Berufsdermatosen dar. Aus den Ergebnissen lassen sich zahlreiche weitere Fragestellungen ableiten, die in weiteren Studien beantwortet werden sollten. Dabei sollte insbesondere die Effizienz der wirkenden Faktoren evaluiert werden und gleichzeitig die Analyse von Teilnahmehindernisse vertieft werden.

Die im Rahmen dieser Dissertation eruierten Ergebnisse zum Commitment am HPP und dessen Einflussfaktoren bieten eine Grundlage für die Vermittlung effizienter, rechtzeitiger Interventionen bei Verdacht auf eine Berufskrankheit. Eine Berücksichtigung bei der Entwicklung des Stufenverfahrens Haut kann den Erfolg bei der Vermeidung und Behandlung von Berufsdermatosen verbessern (John et al. 2005). Eine Erhöhung des Commitments an solchen Programmen führt neben der möglichen Genesung des betroffenen Arbeitnehmers zu einer Reduktion von gesundheitsökonomischen Maßnahmen, wie der Senkung von Kosten für berufliche Rehabilitationsmaßnahmen oder Verrentungen.



---

**8 Literatur- und Quellenverzeichnis**

Aadahl M, Jorgensen T. 2003. The effect of conducting a lottery on questionnaire response rates: A randomised controlled trial. *Eur J Epidemiol*, 18:941-944.

Abernethy AD, Magat MM, Houston TR, Arnold HL, Bjorck JP, Gorsuch RL. 2005. Recruiting african american men for cancer screening studies: applying a culturally based model. *Health Educ Behav*, 32:441-451.

Appl KC. 2000. Prävention von Hauterkrankungen im Tätigkeitsbereich Blumen- und Pflanzeinzelhandel (Floristik) - Eine Kosten-Nutzen-Analyse des Präventionsmodells der BG für den Einzelhandel. In: *Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen 7. Erfurter Tage*. Erfurt: monade Verlag Leipzig, 276-282.

Ashin-Giwa K, Ganz PA. 2000. Effect of timed incentives on subject participation in a study of long-term breast cancer survivors: are there ethnic differences?. *J Natl Med Assoc*, 92:528-532.

Bailey JM, Bieniasz ME, Kmak D, Brenner DE, Ruffin MT. 2004. Recruitment and retention of economically underserved women to a cervical cancer prevention trial. *Appl Nurs Res*, 17:55-60.

Bandura A. 1977. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84:191-215.

---

Banks-Wallace J, Enyart J, Johnson C. 2004. Recruitment and entrance of participants into a physical activity intervention for hypertensive African American women. *Adv Nurs Sci*, 27:102-116.

Bartsch R, Fünfstück V, Gebhardt M, Bauer A, Seidel A, Kerzel A, Diepgen TL. 1998. Berufsdermatologische Verlaufsuntersuchungen bei Berufsanfängern in Hautrisikoberufen bezüglich Erkrankungshäufigkeit und Allergenspektrum im Ost-West-Vergleich. *Zbl Arbeitsmed*, 48:221-226.

Basler HD, Herda C, Keller S, Ridder K. 1998. Selbstwirksamkeitserwartung, Entscheidungsbalance und rückenbewußtes Verhalten zur Prävention von Rückenschmerz - eine Studie zum transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 4:149-157.

Basler HD, Keller S, Herda C, Ridder K. 1999. Motivation zur Prävention von Rückenschmerz - eine Studie zum transtheoretische Modell Proschaskas. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28:273-279.

Bauer A, Bartsch R, Hersmann C, Stadeler M, Kelterer D, Schneider W, Seidel A, Schiele R, Elsner P. 2001a. Occupational hand dermatitis in food industry apprentices: results of a 3-year follow-up cohort study. *Int Arch Occup Environ Health*, 74:437-442.

Bauer A, Bartsch R, Stadeler M, Schneider W, Grieshaber R, Wollina U, Gebhardt M. 1998. Development of occupational skin diseases during vocational training in baker and confectioner apprentices: a follow-up study. *Contact Dermatitis*, 39:307-311.

---

Bauer A, Kelterer D, Bartsch R, Pearson J, Stadeler M, Kleesz P, Elsner P, Williams H. 2002. Skin protection in bakers' apprentices. *Contact Dermatitis*, 46:81-85.

Bauer A, Kelterer D, Stadeler M, Schneider W, Kleesz P, Wollina U, Elsner P. 2001b. The prevention of occupational hand dermatitis in bakers, confectioners and employees in the catering trades. Preliminary results of a skin prevention program. *Contact Dermatitis*, 44:85-88.

Bauer A, Seidel A, Bartsch R, Wollina U, Gebhardt M, Dipgen TL. 1997. Entwicklung von Hautproblemen bei Berufsanfängern in Hautrisikoberufen. *Allergologie*, 20:179-183.

Bengel J, Strittmacher R. 1997. Gesundheitsverhalten und Compliance. In: Allhoff P, Flatten G, Laaser U, Hrsg. Krankheitserkennung und Früherkennung. Handbuch der Prävention. Zweite Aufl. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Hongkong, London, Mailand, Paris, Santa Clara, Singapur, Tokio: Springer-Verlag.

Berardesca E, Distant F. 1995. Mechanisms of skin irritations. In: Elsner P, Maibach HI, Hrsg. Irritant Dermatitis: new clinical and experimental aspects. *Current problems in dermatology*, 23:1-8.

Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten. 2006.  
[http://www.bgn.de/webcom/show\\_facharticle.php/\\_c-5834/\\_nr-2/\\_p-1/i.html](http://www.bgn.de/webcom/show_facharticle.php/_c-5834/_nr-2/_p-1/i.html). Zugriff am: 16.01.06

Bisson S, Rehm J. 1989. Wie lassen sich gesundheitsrelevante Einstellungen verändern? Königs- und Schleichwege der Persuasion. *Medizin-Mensch-Gesellschaft*, 14:181-189.

---

Blumenthal DS, Sung J, Coates R, Williams J, Liff J. 1995. Recruitment and retention of subjects for a longitudinal cancer prevention study in an inner-city black community. *Health Serv Res*, 39:197-205.

Bolen S, Tilburt J, Baffi C, Gary TL, Powe N, Howerton M, Ford J, Lai G, Wilson R, Bass E. 2006. Defining success in recruitment of underrepresented populations to cancer clinical trials: moving toward a more consistent approach. *Cancer*, 106:1197-1204.

Booth ML, Macasill P, Owen N, Oldenburg B, Marcus BH, Bauman A. 1993. Population prevalence and correlates of stages of change in physical activity. *Health Educ Q*, 20:431-440.

Boslaugh SE; Kreuter MW, Nicholson RA, Naleid K. 2005. Comparing demographic, health status and psychosocial strategies of audience segmentation to promote physical activity. *Health Educ Res*, 20:430-438.

Bott U. 2000. Didaktische Konzeption der Patientenschulung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 51:16-26.

Brown DR, Fouad MN, Basen-Engquist K, Tortolero-Luna G. 2000. Recruitment and retention of minority women in cancer screening, prevention, and treatment trials. *Ann Epidemiol*, 10:S13-S21.

Brown BA, Long HL, Milliken NM. 2002. What's to know about study recruitment? We asked recruiters. *Women's Health Issues*, 12:116-121.

---

Bull FC, Holt CL, Kreuter MW, Clark EM, Scharff D. 2001. Understanding the Effects of printed health education materials: which features lead to which outcomes?. *J Health Commun*, 6:265-279.

Bull FC, Jamrozik K. 1998. Advice on exercise from a family physician can help sedentary patients to become active. *Am J Prev Med*, 15:85-94.

Bull FC; Kreuter MW, Scharff DP. 1999. Effects of tailored, personalized and general health messages on physical activity. *Patient Educ Couns*, 36:181-192.

Campbell MK, DeVellis BM, Strecher VJ, Ammerman AS, DeVellis RF, Sandler RS. 1994. Improving dietary behavior: the effectiveness of tailored messages in primary care settings. *Am J Public Health*, 84:783-787.

Dennis BP, Neese JB. 2000. Recruitment and retention of African American elders into community-based research: lessons learned. *Arch Psychiatr Nurs*, 14:3-11.

Di Noia J, Schwinn TM, Dastur ZA, Schinke SP. 2003. The relative efficacy of pamphlets, CD-ROM, and the Internet for disseminating adolescent drug abuse prevention programs: an exploratory study. *Prev Med*, 37:646-653.

Dickel H, Bruckner T, Bernhard-Klimt C, Koch T, Scheidt R, Diepgen TL. 2002. Surveillance scheme for occupational skin disease in the Saarland, FRG First report from BKH-S. *Contact Dermatitis*, 46:197-206.

---

Dickel H, Bruckner TM, Schmidt A, Diepgen TL. 2003. Impact of Atopic Skin Diathesis on Occupational Skin Disease Incidence in a Working Population. *J Invest Dermatol*, 121:37-40.

Dickel H, John SM, Kuss O, Schwanitz HJ. 2004. New dermatologist's procedure. Research plans for improving secondary prevention of occupational dermatoses. *Hautarzt*, 55:10-21.

Dickel H, Kuss O, Blesius CR, Schmidt A, Diepgen TL. 2001a. Occupational skin diseases in Northern Bavaria between 1990 and 1999: a population-based study. *Br J Dermatol*, 145:453-462.

Dickel H, Kuss O, John SM, Blome O, Hagemann KH, Schwanitz HJ. 2004. Early secondary prevention of occupational skin disease in Germany: the dermatologist's procedure in perspective. *Int Arch Occup Environ Health*, 77:142-149.

Dickel H, Kuss O, Schmidt A, Schmitt J, Diepgen TL. 2001b. Inzidenz berufsbedingter Hautkrankheiten in hautgefährdenden Berufsordnungsgruppen. *Hautarzt*, 52:615-623.

DiClemente CC; Bellino LE, Neavins TM. 1999. Motivation for Change and Alcoholism Treatment. *Alc Res Health*, 23:86-92.

DiClemente CC, Marinilli AS, Singh M, Bellino LE. 2001. The role of feedback in the process of health behavior change. *Am J Health Behav*, 25:217-227.

---

Diepgen TL, Schmidt A, Berg A, Plinske W. 1996. Berufliche Rehabilitation von hautkranken Beschäftigten. Deutsches Ärzteblatt, 93:31-40.

Edwards P, Roberts I, Clarke M, Di Guiseppi C, Pratap S, Wentz R, Kwan I. 2002. Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. BMJ, 18:1183.

Ehlebracht-König I. 2003. Patientenschulung in der Rheumatologie. Ein Überblick. Z Rheumatol, 62:II/6-II/9.

Ehlebracht-König I, Bönisch A. 2002. Grundlagen der rheumatologischen Patientenschulung. Theoretische Grundlagen und Didaktik. Z Rheumatol, 61:39-47.

Elsner P, Wigger-Alberti W. 1997. Der Hautschutz in der Prävention der Berufsdermatosen. Deutsches Ärzteblatt, 94:1489-1492.

Erwin D, Spatz T, Stotts R, Hollenberg J. 1999. Increasing mammography practice by African American women. Cancer Pract, 7:78-85.

Friedman DB, Hoffmann-Goetz L. 2003. Cancer coverage in North American publications targeting seniors. J Cancer Educ, 18:43-47.

Gonzalez VM, Goeppinger J, Lorig K. 1990. Four psychosocial theories and their application to patient education and clinical practice. Arthritis Care Res, 3:132-143.

---

Grieshaber R. 1997. Die Evaluation des Präventionsmodells "Obstruktive Atemwegserkrankungen im Bäckerhandwerk". In: Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen 4. Erfurter Tage. Erfurt: monade Verlag Leipzig, 23-34.

Grunbaum JA, Labarthe DR, Ayars C, Harrist R, Nichaman MZ. 1996. Recruitment and enrollment for Project Heartbeat: Achieving the goals of minority inclusion. *Ethn Dis*, 6:203-212.

Guyll M, Spoth R, Redmond C. 2003. The effects of incentives and research requirements on participation rates for a community-based preventive intervention research study. *The Journal of Primary Prevention*, 24:25-41.

Halpern SD, Ubel PA, Berlin JA, Asch DA. 2002. Randomized trial of 5 dollars versus 10 dollars monetary incentives, envelope size, and candy to increase physician response rates to mailed questionnaires. *Med Care*, 40:834-839.

Harris KJ, Ahluwalia JS, Catley D, Okuyemi KS, Mayo MS, Resnicow K. 2003. Successful recruitment of minorities into clinical trials: The Kick it at Swope project. *Nicotine Tob Res*, 5:575-584.

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften. 2006.  
<http://www.hvbg.de/d/pages/statist/bk/verdacht/index.html>. Zugriff am: 16.01.06.

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften. 2006.  
<http://www.hvbg.de/d/pages/statist/bk/bk-bestae2/index.html>. Zugriff am: 16.01.06.



---

Heinrichs N. 2006. The effects of two different incentives on recruitment rates of families into a prevention program. *J Prim Prev*, 27:345-365.

Heinrichs N, Krüger S, Guse U. 2006. Eine experimentelle Studie zum Einfluss von Anreizen auf die Rekrutierung und Effektivität eines präventiven Elterntrainings. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35:72-86.

Held E, Wolff C, Gyntelberg F, Agner T. 2001. Prevention of work-related skin problems in student auxiliary nurses. *Contact Dermatitis*, 44:297-303.

Heron RJL. 1997. Worker education in the primary prevention of occupational dermatoses. *Occup Med*, 47:407-410.

Holness DL, Nethercott JR. 1991. Is a worker's understanding of their diagnosis an important determinant of outcome in occupational contact dermatitis?. *Contact Dermatitis*, 25:296-301.

John SM, Diepgen TL, Elsner P, Kollner A, Richter G, Rothe A, Schindera I, Stary A, Wehrmann W, Schwanitz HJ. 2004. Four years of quality of dermatologic procedures: report from the ABD clearing institution. *J Dtsch Dermatol Ges*, 2:717-721.

John SM, Kuss O, Skudlik C, Axt-Hammermeister A, Blome O, Dickel D. 2005. Optionen für die Sekundärprävention von Berufsdermatosen durch das optimierte Hautarztverfahren [Vortrag]. 12. Erfurter Tage Symposium „Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen“.

---

Kalimo K, Kautiainen H, Niskanen T, Niemi L. 1999. 'Eczema school' to improve compliance in an occupational dermatology clinic. *Contact Dermatitis*, 41:315-319.

Keyzer JF, Melnikow J, Kuppermann M, Birch S, Kuenneth C, Nuovo J, Azari R, Oto-Kent D, Rooney M. 2005. Recruitment strategies for minority participation: challenges and cost lessons from the POWER interview. *Ethn Dis*, 15:395-406.

Klandermans B. 1997. *The Social psychology of Protest*. Oxford: Blackwell.

Klippel U, Schürer N, Wulfhorst B, Schwanitz HJ. 2001. Berufsdermatosen in der Altenpflege: Früherkennung und -intervention sind Ziel der sekundären Individualprävention. *Pflegezeitschrift*, 8:575-578.

Knäuper B, Schwarzer S. 2000. Selbstwirksamkeitserwartungen in der Patientenschulung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 51:5-10.

Kreps G, Viswanath K. 2001. Communication interventions and cancer control: a review of the National Cancer Institutes health communication intervention research initiative. *Fam Community Health*, 24:ix-xiii.

Kreuter MW, Lukwago SN, Bucholtz DC, Clark EM, Sanders-Thompson V. 2002. Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches. *Health Educ Behav*, 30:133-146.

---

Kreuter MW, McClure SM. 2004. The Role of Culture in Health Communication. *Annu Rev Public Health*, 25:439-455.

Kreuter MW, Oswald DL, Bull FC, Clark EM. 2000. Are tailored health education materials always more effective than non-tailored materials?. *Health Educ Res*, 15:305-315.

Kreuter MW, Skinner CS, Steger-May K, Holt CL, Bucholtz DC, Clark EM, Haire-Joshu D. 2004. Responses to behaviorally vs culturally tailored cancer communication among African American women. *Am J Health Behav*, 28:195-207.

Kreuter MW, Strecher VJ. 1996. Do tailored behavior change messages enhance the effectiveness of health risk appraisals? Results from a randomized trial. *Health Educ Res*, 11:97-105.

Kreuter MW, Strecher VJ, Glassman B. 1999. One size does not fit all: the case for tailoring print materials. *Ann Behav Med*, 21:276-283.

Kreuter MW, Wray RJ. 2003. Tailored and Targeted Health communication: strategies for enhancing information relevance. *Am J Health Behav*, 27:S227-S232.

Lacey L. 1993. Cancer prevention and early detection strategies for reaching underserved urban, low-income black women. *Cancer*, 72:1078-1083.

---

Lai GY, Gary TL, Tilburt J, Bolen S, Baffi C, Wilson RF, Howerton MW, Gibbons MC, Tanpitukpongse TP, Powe NR, Bass EB, Ford JG. 2006. Effectiveness of strategies to recruit underrepresented populations into cancer clinical trials. *Clin Trials*, 3:133-141.

Lasswell H. 1948. The structure and function of communication in society. In: Bryson L, Hrsg. *The communication of Ideas*. New York: Harper, 32-51.

Lee C. 1993. Attitudes, knowledge, and stages of change: a survey of exercise patterns in older Australian women. *Health Psychol*, 12:476-480.

Lee SK, Cheng YY. 2006. Reaching asian americans: sampling strategies and incentives. *J Immigr Minor Health*, 8:245-250.

Lee RE, McGinnis KA, Sallis JF, Castro CM, Chen AH, Hickmann SA. 1997. Active vs. passive methods of recruiting ethnic minority women to a health promotion program. *Ann Behav Med*, 19:378-384.

Leslie E, Marshall AL, Owen N, Bauman A. 2005. Engagement and retention of participants in an physical activity website. *Prev Med*, 40:54-59.

Lewis CE, George V, Fouad M, Porter V, Bowen D, Urban N. 1998. Recruitment strategies in the women's Health Trial: Feasibility study in minority populations. WHT: FSMP Investigators Group. *Women's Health Trial: Feasibility Study in Minority Populations*. *Control Clin Trials*, 19:461-476.

---

Löffler H, Effendy I, Happle R. 2000. Die irritative Kontaktdermatitis. *Der Hautarzt*, 51:203-218.

Lovato LC, Hill K, Hertert S, Hunninghake DB, Probstfield JL. 1997. Recruitment for controlled clinical trials: literature summary and annotated bibliography. *Control Clin Trials*, 18:328-352.

Marcus BH, Bock BC, Pinto BM, Forsyth LH, Roberts MB, Traficante RM. 1998a. Efficacy of an individualized, motivationally-tailored physical activity intervention. *Ann Behav Med*, 20:174-180.

Marcus BH, Nigg CR, Riebe D, Forsyth LH. 2000. Interactive communication strategies: implications for population-based physical-activity promotion. *Am J Prev Med*, 19:121-126.

Marcus BH, Owen N, Forsyth LH, Cavill NA, Fridinger F. 1998b. Physical activity interventions using mass media, print media, and information technology. *Am J Prev Med*, 15:362-378.

Marcus BH, Rakowski W, Rossi JS. 1992a. Assessing motivational readiness and decision making for exercise. *Health Psychol*, 11:257-261.

Marcus BH, Rossi J, Selby VC, Niaura RS, Abrams DB. 1992b. The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. *Health Psychol*, 11:386-395.

---

Marcus BH, Selby VC, Niaura RS, Rossi JS. 1992c. Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Res Q Exerc and Sport*, 64:60-66.

Marshall AL, Baumann AE, Owen N, Booth ML, Crawford D, Marcus BH. 2003. Population-based randomized controlled trial of a stage-targeted physical activity intervention. *Ann Behav Med*, 25:194-202.

Maxwell AE, Bastani R, Vida P, Warda US. 2005. Strategies to recruit and retain older Filipino-American immigrants for a cancer screening study. *J Community Health*, 30:167-179.

McKee MB, Picciano JF, Roffman RA, Swanson F, Kalichman SC. 2006. Marketing the sex check: Evaluating recruitment strategies for a telephone-based HIV prevention project for gay and bisexual men. *AIDS Educ Prev*, 18:116-131.

Nansel TR, Weaver N, Donlin M, Jacobsen H, Kreuter MW, Simons-Morton B. 2002. Baby, Be Safe: the effect of tailored communications for pediatric injury prevention provided in a primary care setting. *Patient Educ Couns*, 46:175-190.

Napolitano MA, Marcus BH. 2002. Targeting and tailoring physical activity information using print and information technologies. *Exerc. Sport Sci. Rev.*, 30:122-128.

Naranjo LE, Dirksen SR. 1998. The recruitment and participation of Hispanic women in nursing research: a learning process. *Public Health Nurs*, 15:25-29.

---

Ott CD, Twiss JJ, Waltman NL, Gross GJ, Lindsey AM. 2006. Challenges of recruitment of breast cancer survivors to a randomized clinical trial for osteoporosis prevention. *Cancer Nurs*, 29:21-31, quiz 32-33.

Pappas-Deluca KA, Kraft JM, Edwards SL, Casillas A, Harvey SM, Huszti HC. 2006. Recruiting and retaining couples for an HIV prevention intervention: lessons learned from the PARTNERS project. *Health Educ Res*, 9:p S0268-1153.

Petermann F, Warschburger P. 1997. Compliance. In: Weitkunat R, Haisch J, Kessler M, Hrsg. *Public Health und Gesundheitspsychologie. Konzepte Methoden Prävention Versorgung Politik*. Erste Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, 371-383.

Pinto BM, Goldstein MG, Marcus BH. 1998. Activity Counseling by Primary Care Physicians. *Prev Med*, 27:506-513.

Prochaska JO, Hrsg. 1984. *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Zweite Aufl. Kalifornien: Brooks-Cole.

Prochaska JO, DiClemente CC. 1983. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*, 51:390-395.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. 1992. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*, 47:1102-1114.

---

Prochaska JO, Velicer WF. 1997. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Am J Health Promot*, 12:38-48.

Prochaska JO, Velicer WF, Fava JL, Rossi JS, Tsoh JY. 2001. Evaluating a population-based recruitment approach and a stage-based expert system intervention for smoking cessation. *Addict Behav*, 26:583-602.

Rakowski W, Dube CE, Marcus BH, Prochaska JO, Velicer WF, Abrams DB. 1992. Assessing elements of womens decisions about mammography. *Health Psychol*, 11:111-118.

Rakowski W, Ehrich B, Goldstein MG, Rimer BK, Pearlman DN, Clark MA, Velicer WF, Woolverton H. 1998. Increasing mammography among women aged 40-74 by use of a stage-matched, tailored intervention. *Prev Med*, 27:748-756.

Riehl U. 2001. Interventionsstudie zur Prävention von Hauterkrankungen bei Auszubildenden des Friseurhandwerks. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.

Rossi SR, Greene GW, Rossi JS, Plummer BA; Benisovich SV, Keller S, Velicer WF, Redding CA, Prochaska JO, Pallonen UE, Meier KS. 2001. Validation of decisional balance and situational temptations measures for dietary fat reduction in a large school-based population of adolescents. *Eat Behav*, 2:1-18.

Routasalo P, Arve S, Lauri S. 2004. Geriatric rehabilitation nursing: developing a model. *Int J Nurs Pract*, 10:207-215.



---

Royal C, Baffoe-Bonnie A, Kittles R, Powell I, Bennett J, Hoke G, Pettaway C, Weinrich S, Vijayakumar S, Ahaghotu C, Mason T, Johnson E, Obeikwe M, Simpson C, Mejia R, Boykin W, Roberson P, Frost J, Faison-Smith L, Meegan C, Foster N, Furbert-Harris P, Capten J, Bailey-Wilson J, Trent J, Berg K, Dunston G, Collins F. 2000. Recruitment experience in the first phase of the African American Hereditary Prostate Cancer (AAHPC) study. *Ann Epidemiol*, 10:S68-S77.

Sarkin JA, Johnson SS, Prochaska JO, Prochaska JM. 2001. Applying the transtheoretical model to regular moderate exercise in an overweight population: validation of a stages of change measure. *Prev Med*, 33:462-469.

Satia JA, Galanko JA, Rimer BK. 2005. Methods and strategies to recruit african americans into cancer prevention surveillance studies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 14:718-721.

Schipperges H. 1997. Verwurzelung und Entfaltung des präventiven Denkens und Handelns. In: Allhoff P, Flatten G, Laaser U, Hrsg. *Krankheitsverhütung und Früherkennung Handbuch der Prävention*. Zweite Aufl. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Hongkong, London, Mailand, Paris, Santa Clara, Singapur, Tokio: Springer-Verlag.

Schlesinger T, Revermann K, Schwanitz HJ. 2001. Dermatosen bei Auszubildenden des Friseurhandwerks in Niedersachsen. Ein Vergleich zwischen 1989, 1994 und 1999. *Dermatol Beruf Umwelt*, 49:185-192.

Schmid S, Keller S, Jäkle C, Baum E, Basler HD. 1999. Kognition und Motivation zu sportlicher Aktivität – eine Längsschnittstudie zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7:21-26.

---

Schroder KE, Schwarzer R. 2005. Habitual self-control and the management of health behavior among heart patients. *Soc Sci Med*, 60:859-875.

Schwanitz HJ. 1999. Bericht über das BGW-Projekt „Stationäre Präventionsmaßnahme für hautkranke Versicherte“. *Die BG* 2/99:105-109.

Schwanitz HJ. 2002. Tertiäre Prävention von Berufsdermatosen. Bericht über das Forschungsprojekt „Stationäre Präventionsmaßnahmen für hautkranke Versicherte“. *Dermatol Beruf Umwelt*, 50:212-217.

Schwarzer R. 1996. *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Zweite Aufl. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Schwarzer R, Renner B. 2000. Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychol*, 19:487-495.

Shaw MJ, Beebe TJ, Jensen HL, Adlis SA. 2001. The use of monetary incentives in a community survey: Impact on response rates, data quality, and cost. *Health Serv Res*, 35:1339-1346.

Skinner CS, Campbell MK, Rimer BK, Curry S, Prochaska JO. 1999. How effective is tailored print communication?. *Ann Behav Med*, 21:290-298.

---

Skinner CS, Strecher VJ, Hospers H. 1994. Physician recommendations for mammography: do tailored messages make a difference?. *Am J Public Health*, 84:43-49.

Skudlik C, Schwanitz HJ. 2004. Tertiäre Prävention von Berufsdermatosen bei Metallarbeitern im Jahr 2002. *Dermatol in Beruf und Umwelt*, 52:54-61.

Smith CA, Coyle ME. 2006. Recruitment and implementation strategies in randomised controlled trials of acupuncture and herbal medicine in women's health. *Complement Ther Med*, 14:81-86.

Stadeler M. 2003. Präventionsprogramm zu berufsbedingten Hauterkrankungen im Back-, Hotel- und Gaststättengewerbe [Dissertation]. Jena: Friedrich-Schiller-Universität.

Stadeler M, Bauer A, Kelterer D, Grosch J, Elsner P. 2001. Prävention berufsbedingter Hauterkrankungen im Back- sowie Hotel- und Gaststättengewerbe. *Dermatol Beruf Umwelt*, 49:142-148.

Swanson GM, Ward AJ. 1995. Recruiting minorities into clinical trials: toward a participant-friendly system. *J Natl Cancer Inst*, 87:1747-1759.

Tamayo-Sarver JH, Baker DW. 2004. Comparison of responses to a US 2 dollar bill versus a chance to win 250 US dollars in a mail survey of emergency physicians. *Acad Emerg Med*, 11:888-891.

---

Tishler CL, Bartholomae S. 2002. The recruitment of normal healthy volunteers: a review of the literature on the use of financial incentives. *J Clin Pharmacol*, 42:365-375.

Uter W, Pfahlberg A, Gefeller O, Schwanitz HJ. 1999. Hand dermatitis in a prospectively-followed cohort of hairdressing apprentices: final results of the POSH study. *Contact Dermatitis*, 41:280-286.

Varnado-Sullivan PJ, Horton RA. 2006. Acceptability of programs for the prevention of eating disorders. *J Clin Psychol*, 62:687-703.

Velicer WF, Prochaska JO. 1999. An expert system intervention for smoking cessation. *Patient Educ Couns*, 36:119-129.

Vetter C. 1998. Berufsdermatosen. Forschungsdefizite bei der Expositionserfassung. *Deutsche Ärzteblatt*, 95:2972-2974.

Vivilaki V, Romanidou A, Theodorakis P, Lionis C. 2005. Are health education meetings effective in recruiting women in cervical screening programmes? An innovative and inexpensive intervention from the island of Crete. *Rural Remote Health*, 5:376.

Wilbur J, McDevitt J, Wang E, Dancy B, Briller J, Ingram D, Nicola T, Lee H, Zenk SN. 2006. Recruitment of african american women to a walking program: eligibility, ineligibility, and attrition during screening. *Res Nurs Health*, 29:176-189.

---

Wilson KM, Orians CE. 2005. Considerations in recruiting underscreened women to focus groups on screening for cervical cancer. *Healt Promot Pract*, 6:379-384.

Witte SS, El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Chang M, Steinglass P. 2004. Recruitment of Minority Women and Their Main Sexual Partners in an HIV/STI Prevention Trial. *J Women Health*, 13:1137-1147.

Woods VD, Montgomery SB, Herring RP. 2004. Recruiting black/african american men for research on prostate cancer prevention. *Cancer*, 100:1017-1025.

Wulfhorst B. 2002. *Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung*. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Yancey AK, Miles OL, Mc Carthy WJ, Sandoval G, Hill J, Leslie JJ, Harrison GG. 2001. Differential response to targeted recruitment strategies to fitness promotion research by African American women of varying body mass index. *Ethn Dis*, 11:115-123.

---

## 9 Anhang

### 9.1 Danksagung

Die Entstehungsgeschichte meiner Dissertation verpflichtet mich zu vielfachem Dank.

An erster Stelle möchte ich meinem Doktorvater Herrn **Prof. Dr. med. P. Elsner** für die Anregung des Promotionsthemas, dessen Bearbeitungsmöglichkeit und die Korrektur der Arbeit danken. Darüber hinaus konnte ich durch seine engagierte Unterstützung diese Arbeit auf der 8.Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie 2005 in Graz, auf den 12.Erfurter Tagen 2005 in Erfurt und auf der Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV) in Salzburg präsentieren.

Großen Dank schulde ich meinem Betreuer **OA Dr. med. M. Kaatz**, Frau **PD Dr. med A. Bauer** und Herrn **Dr. phil. T. Buhl**. Dem wissenschaftlichen Engagement und der Kompetenz von Herrn OA Dr. med. M. Kaatz ist es zu verdanken, dass diese Studie in dem dargestellten Umfang durchgeführt werden konnte und in dieser Form jetzt vorliegt. Frau PD Dr. med. Bauer möchte ich für ihren wissenschaftlichen Rat, ihre Anregungen und ihre Förderung recht herzlich Dank sagen. Des Weiteren möchte ich mich bei ihr und OA Dr. med. Kaatz für die Korrektur der Arbeit bedanken. Dr. phil. T. Buhl half mir besonders bei statistischen und methodischen Fragestellung.

Der Rat dieser drei Personen hat mich die ganzen Jahre begleitet und sich immer wieder als äußerst hilfreich erwiesen. Für diese lehrreiche Zusammenarbeit bin ich ihnen zu bleibendem Dank verpflichtet.

Dank gilt weiterhin Frau **Dr. med. M. Stadeler**, Abteilung Gesundheitsschutz der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten, die mir mit ihrem Rat und ihrer fachlichen Kompetenz jederzeit zur Seite stand. Auch bei den BGN- Mitarbeiterinnen Frau **K. Hofmann** und Frau **B. Thierfelder**, die mir bei der praktischen Durchführung der Arbeit behilflich waren, möchte ich mich bedanken.

---

## 9.2 Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilung und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben:

Prof. Dr. med. habil. P. Elsner

PD Dr. med. habil. A. Bauer

OA Dr. med. M. Kaatz

Dr. phil. T. Buhl

Dr. med. M. Stadeler

Dr. rer. nat. R. Vollandt,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Erfurt, den 07.12.06

---

### 9.3 Veröffentlichungen

Die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Arbeit wurden im Rahmen von Kongressbeiträgen und Veröffentlichungen wie folgt präsentiert:

#### **Poster für den 44. Kongress der Gesellschaft für Psychologie (DGP) in Göttingen:**

- (1) Buhl T, Kaatz M, Ladermann R (2004)

Stell dir vor, Prävention ist angesagt und alle machen mit: Commitment beim arbeitsmedizinischen Hautschutzprogramm der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten (BGN)

#### **Vortrag 8. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie 2005 in Graz:**

- (1) Ladermann R, Kaatz M, Buhl T, Bauer A, Stadeler M, Elsner P (2005)

Effektive Kommunikation zur Commitmenterhöhung am BGN-Sekundärpräventionsprogramm in Thüringen und Sachsen

#### **Vortrag 12. Erfurter Tage 2005 in Erfurt:**

- (1) Ladermann R, Kaatz M, Buhl T, Bauer A, Stadeler M, Elsner P (2005)

Teilnahmemotivation am BGN-Sekundärpräventionsprogramm Haut in Thüringen und Sachsen



---

**Vortrag 8th Congress of the European Society of Contact Dermatitis (ESCD) in Berlin:**

- (1) Bauer A, Ladermann R, Kaatz M, Stadeler M, Elsner P (2006)

Recruitment strategies for a hand dermatitis prevention programme

**Poster für die Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV) in Salzburg:**

- (1) Ladermann R, Kaatz M, Buhl T, Bauer A, Stadeler M, Elsner P (2006)

Commitmenterhöhung am Sekundärpräventionsprogramm Haut

- (2) Ladermann R, Kaatz M, Bauer A, Buhl T, Stadeler M, Elsner P (2006)

Rekrutierungsbarrieren zum Sekundärpräventionsprogramm von Berufsdermatosen

**Buchbeitrag im Kongressband 12. Erfurter Tage:**

- (1) Ladermann R, Kaatz M, Buhl T, Bauer A, Stadeler M, Elsner P (in press)

Teilnahmemotivation am BGN - Sekundärpräventionsprogramm Haut in Thüringen und Sachsen. In: Grieshaber R, Stadeler M, Scholle HC (Hrsg.): Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen.

**Veröffentlichungen**

- (1) Ladermann R, Kaatz M, Buhl T, Bauer A, Stadeler M, Elsner P. 2005. Effektive Kommunikation zur Commitment-Erhöhung am BGN-Sekundärpräventionsprogramm in Thüringen und Sachsen. *Dermatologie in Beruf und Umwelt*, 53/3:136.

- 
- (2) Bauer A, Ladermann R, Kaatz M, Stadelers M, Elsner P. 2006. Recruitment strategies for a hand dermatitis prevention programme. *Contact Dermatitis*, 55 (suppl 1):5.

---

## 9.4 Verwendete Materialien

### 9.4.1 Das alte Anschreiben

Ihre Erkrankung

Sehr geehrter Herr-----!

Uns wurde angezeigt, dass Sie Hautveränderungen haben, die möglicherweise beruflich verursacht werden. Zu dieser Prüfung werden wir Sie in die Hautsprechstunde der Friedrich-Schiller-Universitätsklinik Jena einbestellen, in welcher eine Hautuntersuchung erfolgt. Im Anschluss erfolgen Vorschläge, Ihren Hautzustand zu verbessern. Eine Besichtigung am Arbeitsplatz ist ebenfalls vorgesehen. Dazu ist es erforderlich, dass wir Kontakt mit Ihrem Arbeitgeber aufnehmen. Hierzu benötigen wir Ihr Einverständnis.

Die Bearbeitung erfolgt unter dem Aktenzeichen

??????

Bitte geben Sie beim Schriftverkehr mit uns stets dieses Aktenzeichen an.

Wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen auf der vorbereiteten Rückantwort zu beantworten. Sollten sich Rückfragen ergeben, stehen wir Ihnen gerne beratend zur Seite.

Die Verwendung der Sozialdaten erfolgt unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorschriften.

-----  
Anlage(n):

Hinweise/Einverständniserklärung zum Datenschutz

Fragebogen zur Anamnese

---

### Hinweise zum Schutz der Sozialdaten

-----

Alle Sozialdaten werden nur für die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben erhoben, verarbeitet oder genutzt. Die von Ihnen und über Sie erhobenen Daten sind für die Feststellung und Bewilligung von Leistungen erforderlich. Soweit nicht gesetzliche Mitteilungspflichten bestehen, benötigen wir Ihre Einwilligung zur Erhebung der Daten.

Ihre Sozialdaten werden teils in einer Akte, teils durch automatische Verfahren gespeichert. Sie sind nur den Personen zugänglich, die Ihre Angelegenheit bearbeiten.

Im Laufe des Verfahrens ist es unumgänglich, Dritten bestimmte Sozialdaten zu übermitteln. Soweit wir nicht hierzu ausdrücklich durch eine gesetzliche Vorschrift befugt sind, benötigen wir Ihr Einverständnis. Besonders schutzwürdig sind die Daten, die uns insbesondere von Ärzten zugänglich gemacht worden sind. Grundsätzlich benötigen wir Ihr Einverständnis für die weitere Übermittlung dieser Daten.

Ausnahmsweise dürfen wir solche Daten im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen dem Sachverständigen übermitteln. Sie haben aber auch hier das Recht, der Übermittlung zu widersprechen.

Den genauen Wortlaut der gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz finden Sie im § 35 SGB I, im Achten Kapitel SGB VII (§§ 199 ff.) und im Zweiten Kapitel SGB X (§§ 67 ff.).

---

## 9.4.2 Das neue Anschreiben

### Präventionsprogramm Haut

Ort, Datum

Sehr geehrte \*\*\*,

Uns wurde mitgeteilt, dass Sie Hautveränderungen haben, deren Ursache möglicherweise in Zusammenhang mit Ihrer beruflichen Tätigkeit zu sehen ist. Die Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten führt derzeit ein Präventionsprogramm "Haut" durch, um möglichst frühzeitig etwaige Gefahren am Arbeitsplatz zu erkennen und durch geeignete Schutzmaßnahmen zu bewirken, dass eine Verbesserung der Hautsituation eintritt und damit eine Berufskrankheit vermieden wird. Es soll verhindert werden, dass Sie aufgrund einer Verschlechterung der Erkrankung zu einer Berufsaufgabe gezwungen werden. Bitte nehmen Sie an diesem freiwilligen Präventionsprogramm teil.

**Das Präventionsprogramm wurde in Zusammenarbeit mit Experten auf diesem Gebiet entwickelt und wird auch von diesen durchgeführt. Es berücksichtigt in besonderer Weise, dass Sie in Ihrem Beruf täglich einer Vielzahl von sehr unterschiedlichen Einflüssen ausgesetzt sind, die die Haut schädigen können (wie z. B. Feuchtigkeit, Reinigungsmittel, Nahrungsmittelzusätze).**

**Deshalb wollen wir gemeinsam mit Ihnen die speziellen Ursachen für Ihre Hautprobleme herausfinden. Im Hautpräventionsprogramm erhalten Sie Hautschutzmittel, die besonders gut für das Nahrungsmittel- und Gaststättengewerbe geeignet sind. Außerdem werden zusammen mit Ihnen Schutzmaßnahmen überlegt, die Sie in Ihrer persönlichen beruflichen Situation auch umsetzen können. Hierdurch wird einer Verschlechterung vorgebeugt und langfristig der Hautzustand verbessert. Sonst kann sich bei vorgeschädigter Haut zusätzlich eine Allergie entwickeln, die oft schwer zu behandeln ist und über kurz oder lang zum Ausscheiden aus dem Beruf führen kann.**

**Um das zu verhindern, haben wir dieses Programm entwickelt. Es soll Ihnen außerdem dabei helfen, die Funktions- und Reaktionsweise der Haut zu verstehen und sie gesund zu erhalten.**

**Das Programm hat sich in der Vergangenheit als außerordentlich erfolgreich herausgestellt. Es hat schon vielen Teilnehmenden geholfen, gesund zu werden und in ihrem Beruf zu bleiben.**

Der erste Schritt ist, Ihre Teilnahme-Bereitschaft mit der beiliegenden Rückantwort zu erklären und einen Termin für die Sondersprechstunde in der Universitätshautklinik in Jena für beruflich bedingte Hautkrankheiten zu vereinbaren. Hier erfolgt eine Untersuchung der Haut. In einer anschließenden Beratung werden Ihnen mögliche Schutzmittel angeboten und deren Gebrauch erklärt, welche Ihren Hautzustand verbessern. Die laufende hautärztliche Betreuung erfolgt weiter-

---

hin bei Ihrem Arzt.

**Für den Teilnahmezeitraum stellen wir Ihnen die empfohlenen Schutzmittel kostenlos zur Verfügung. Des weiteren übernehmen wir entstehende Kosten (Reisekosten, Lohnverlust am Untersuchungstag).**

Falls Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich, Frau Katrin Hofmann. Sie erreichen mich unter Telefon 0361/ 4391-4920.

Ich möchte Sie bitten, die beiliegende Rückantwort innerhalb von 14 Tagen ausgefüllt an mich zurückzusenden. **Bitte antworten Sie in jedem Fall schriftlich!** Wenn Sie teilnehmen möchten, dann rufen Sie mich bitte zusätzlich zwecks Terminvereinbarung an (0361/ 4391-49 20).

Die Bearbeitung Ihrer Erkrankungssache erfolgt unter dem Aktenzeichen: **XXXXXX**

Die Verwendung der Sozialdaten erfolgt unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorschriften. (siehe dazu Anlage)

Wir würden uns sehr über Ihre Teilnahme an unserem Programm freuen.

Mit freundlichen Grüßen

im Auftrag

Katrin Hofmann

Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten

Anlagen:                      Hinweise Datenschutz  
                                      Einverständniserklärung  
                                      Rückantwort

---

### 9.4.3 Rückantwort

Bitte machen Sie Ihre Entscheidung durch Ankreuzen kenntlich (nur eine Auswahl). Dann unterschreiben Sie bitte und senden Sie die Antwort in dem vorbereiteten Rückumschlag an uns zurück.

**Zustimmung:** Ich möchte am Hautpräventionsprogramm teilnehmen. Das Einverständnis zur Teilnahme kann ich im Verlauf des Programms widerrufen. Ich setze mich wegen einer Terminvereinbarung mit Ihnen telefonisch in Verbindung (0361 /4391-4920).

**Zustimmung mit Vorbehalt:** Ich möchte zunächst nur an einem ersten Kontaktgespräch mit einem Experten oder einer Expertin teilnehmen. Über die weitere Teilnahme will ich danach entscheiden. Ich setze mich wegen einer Terminvereinbarung mit Ihnen in Verbindung (0361 /4391- 4920).

**Anforderung von mehr Information:** Ich möchte mehr Information zum Hautpräventionsprogramm. Über die Teilnahme entscheide ich danach. Bitte schicken Sie mir zusätzliche Informationen zu.

**Keine Zustimmung:** Ich verzichte auf Ihr Angebot am freiwilligen Hautpräventionsprogramm teilzunehmen.

**anderes, und zwar:**

Bitte geben Sie an, wann und wie wir Sie am besten erreichen können (ggf. Mehrfachauswahl):

schriftlich, unter der im Briefkopf des Anschreibens stehenden Anschrift.

schriftlich, unter folgender Anschrift:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

telefonisch

Vorwahl /Telefonnr. \_\_\_\_\_

Zeit: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Fax:

anderes, und zwar:

Unterschreiben Sie bitte noch und senden Sie die Antwort in dem vorbereiteten Rückumschlag an uns zurück.

---

#### 9.4.4 Das Erinnerungsschreiben

Sehr geehrte(r) .....

Vor einigen Tagen habe ich Ihnen Informationen zum Hautpräventionsprogramm der BGN zugesandt. Leider habe ich von Ihnen noch keine schriftliche Zustimmung zur Teilnahme an diesem Hautschutzprogramm erhalten. Durch eine Teilnahme würden Sie Ihre Chancen erhöhen, gesund zu werden und im Beruf verbleiben zu können.

Sollten Sie doch Interesse haben, erklären Sie Ihre Teilnahmebereitschaft schriftlich und schicken die Rückantwort gleich ab.

Oder besser noch, Sie rufen mich an, damit wir gleich einen Termin vereinbaren können (Telefon 0361 /4391-4920). Wenn Sie noch Fragen haben, bin ich unter derselben Rufnummer für Sie da.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Katrin Hofmann

Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten

**Zustimmung:** Ich möchte am Hautpräventionsprogramm teilnehmen. Das Einverständnis kann ich im Verlauf des Programms widerrufen. Ich setze mich wegen einer Terminvereinbarung mit Ihnen in Verbindung (0361 /4391-4920).

**Zustimmung mit Vorbehalt:** Ich möchte zunächst nur an einem ersten Kontaktgespräch mit einem Experten oder einer Expertin teilnehmen. Über die weitere Teilnahme will ich danach entscheiden. Ich setze mich wegen einer Terminvereinbarung in den nächsten Tagen mit Ihnen in Verbindung (0361 /4391-4920).

**Keine Zustimmung:** Ich verzichte auf Ihr Angebot am freiwilligen Hautpräventionsprogramm teilzunehmen.

Unterschreiben Sie bitte noch und senden Sie die Antwort in dem vorbereiteten Rückumschlag an uns zurück.



---

#### 9.4.5 Das Informationsmaterial 1 zum HPP

---

##### Informationen zum Hautpräventionsprogramm

---

Im Back-, Hotel- und Gaststättengewerbe sind Sie einer Vielzahl von sehr unterschiedlichen Einflüssen ausgesetzt. So besteht z.B. Kontakt mit Hefen und Säurebakterien, Fruchtsäuren und Laugen. Zusätzlich stellt der Umgang mit offenheißem Backgut oder Gefrierobst mit Reinigungsmitteln und Feuchtigkeit eine starke Belastung dar und können die Haut schädigen. Es kann sich somit eine beruflich bedingte Hauterkrankung entwickeln, wie es bei Ihnen bereits der Fall ist. Um eine Linderung oder sogar eine Heilung solcher berufsbedingten Hauterkrankungen zu erreichen, wurde das Hautpräventionsprogramm entwickelt.

##### *1. Was versteht man eigentlich unter „Hautpräventionsprogramm“?*

Prävention kommt aus dem Lateinischen und heißt: „einer Sache zuvorkommen“. Im medizinischen Sinne bedeutet dies einer Erkrankung oder einer Verschlimmerung des schon bestehenden Leidens vorzubeugen. In Ihrem Fall würden wir also versuchen einer Verschlechterung Ihrer berufsbedingten Hauterkrankung vorzubeugen, indem Sie an dem Programm teilnehmen. Hierbei sollen die speziellen Ursachen für Ihre Hautprobleme herausgefunden werden, um entsprechende Schutzmaßnahmen zur Verbesserung Ihrer Hautsituation einzuleiten. Bei 80 % der Teilnehmer am Hautpräventionsprogramm tritt eine Heilung oder Besserung der Symptome auf, somit können diese in Ihrem Beruf verbleiben.

##### *2. Wie läuft das Hautpräventionsprogramm ab?*

1. Sprechstunde mit entsprechenden Nachuntersuchungen
2. Arbeitsplatzanalyse
3. Hautschutzseminar

Nachdem Sie Ihre Zustimmung zur Teilnahme am Hautpräventionsprogramm gegeben haben, werden Sie zur Sprechstunde nach Jena, Chemnitz, Dresden oder Erfurt eingeladen. Dabei wird Ihre Haut untersucht und Ihnen Empfehlungen zu Hautschutz, -reinigung und -pflege gegeben. Für den Zeitraum der Teilnahme am Präventionsprogramm übernimmt die BGN die Kosten für die empfohlenen Hautschutz/und -pflegepräparate sowie Schutzhandschuhe. In 3-6 monatlichen Abstand erfolgen Nachuntersuchungen, um die Effektivität der empfohlenen Maßnahmen zu überprüfen.

Um unsere Empfehlungen maßgeschneidert Ihrer konkrete Situation anzupassen, kann es notwendig sein, Ihre Zustimmung vorausgesetzt, eine Arbeitsplatzanalyse vorzunehmen. Dies bedeutet, dass wir Sie über eine gesamte Arbeitsschicht beobachten, um Ihr Tätigkeitsfeld und die Kontaktstoffe, welche Sie verwenden, zu erfassen. Wenn eine Arbeitsplatzanalyse bei Ihnen nicht in Frage kommt, dann würden wir Sie zu Ihrer Arbeitssituation befragen und auf dieser Grundlage medizinische Empfehlungen geben.

---

Ein zusätzliches wichtiges Element innerhalb des Programms ist ein Hautschutzseminar, welches als Wochenendseminar durchgeführt wird. Hier werden Sie zu Ihrem Krankheitsbild, zur Therapie und zur Prävention an Ihrem Arbeitsplatz geschult.

Die meisten Teilnehmer verbleiben im Hautpräventionsprogramm. Grundsätzlich haben Sie jedoch die Möglichkeit jederzeit aus dem Programm auszusteigen.

*4. Welche Vorteile bringt das Hautpräventionsprogramm?*

1. Durch die Teilnahme am Hautpräventionsprogramm wird Ihrer berufsbedingten Hauterkrankung entgegengewirkt. Häufig kann man damit vermeiden, dass die Krankheit chronisch wird.
2. Durch die Teilnahme am Hautpräventionsprogramm kann ein Ausscheiden aus dem erlernten Beruf aufgrund der berufsbedingten Hauterkrankung in den meisten Fällen vermieden werden.
3. Weiterhin werden die Kosten für die empfohlenen Hautschutz/und -pflegepräparate sowie Handschuhe von der BGN für den Zeitraum der Teilnahme übernommen.
4. Außerdem werden die Fahrtkosten zur Sprechstunde und die Kosten für das Wochenendseminar von der BGN übernommen.

---

## 9.4.6 Das Informationsmaterial 2 zum HPP

---

### Informationen zum Hautpräventionsprogramm

---

Im Back-, Hotel- und Gaststättengewerbe sind Sie einer Vielzahl von sehr unterschiedlichen Einflüssen ausgesetzt. So besteht z.B. Kontakt mit Hefen und Säurebakterien, Fruchtsäuren und Laugen. Zusätzlich stellt der Umgang mit offenheißem Backgut oder Gefrierobst mit Reinigungsmitteln und Feuchtigkeit eine starke Belastung dar und können die Haut schädigen. Dadurch können Hautprobleme an den Händen entstehen, wie es bei Ihnen bereits der Fall ist. Um eine Linderung oder sogar eine Heilung solcher berufsbedingten Hauterkrankungen zu erreichen, wurde das Hautpräventionsprogramm entwickelt.

#### *1. Was versteht man eigentlich unter „Hautpräventionsprogramm“?*

Prävention kommt aus dem Lateinischen und heißt: „einer Sache zuvorkommen“. Im medizinischen Sinne bedeutet dies einer Erkrankung oder einer Verschlimmerung des schon bestehenden Leidens vorzubeugen. In Ihrem Fall würden wir also versuchen einer Verschlechterung Ihrer berufsbedingten Hauterkrankung vorzubeugen, indem Sie an dem Programm teilnehmen. Hierbei sollen die speziellen Ursachen für Ihre Hautprobleme herausgefunden werden, um entsprechende Schutzmaßnahmen zur Verbesserung Ihrer Hautsituation einzuleiten. Bei 80 % der Teilnehmer des Hautpräventionsprogramms tritt eine Heilung oder Besserung der Symptome auf, somit können diese in Ihrem Beruf verbleiben.

#### *2. Wie läuft das Hautpräventionsprogramm ab?*

1. Sprechstunde mit entsprechenden Nachuntersuchungen
2. Arbeitsplatzanalyse
3. Hautschutzseminar

Nachdem Sie Ihre Zustimmung zur Teilnahme am Hautpräventionsprogramm gegeben haben, werden Sie zur Sprechstunde wohnortnah nach Jena, Chemnitz, Dresden oder Erfurt eingeladen. Dabei wird Ihre Haut untersucht und Ihnen Empfehlungen zu Hautschutz, -reinigung und -pflege gegeben. Für den Zeitraum der Teilnahme am Präventionsprogramm (bis zu zwei Jahren) übernimmt die BGN die Kosten für die empfohlenen Hautschutz/und -pflegepräparate sowie Schutzhandschuhe. In 3-6 monatlichen Abstand erfolgen Nachuntersuchungen, um die Effektivität der empfohlenen Maßnahmen zu überprüfen.

Um unsere Empfehlungen maßgeschneidert Ihrer konkreten Situation anzupassen, kann es notwendig sein, Ihre Zustimmung vorausgesetzt, eine Arbeitsplatzanalyse vorzunehmen. Dies bedeutet, dass wir Sie über eine gesamte Arbeitsschicht beobachten, um Ihr Tätigkeitsfeld und die Kontaktstoffe, welche Sie verwenden, zu erfassen. Wenn eine Arbeitsplatzanalyse bei Ihnen nicht in Frage kommt, dann würden wir Sie zu Ihrer Arbeitssituation befragen und auf dieser Grundlage medizinische Empfehlungen geben.

---

Ein zusätzliches wichtiges Element innerhalb des Programms ist ein Hautschutzseminar, welches als Eintages-Seminar (montags) durchgeführt wird. Hier werden Sie zu Ihrem Krankheitsbild, zur Therapie und zur Prävention an Ihrem Arbeitsplatz geschult.

Die meisten Teilnehmer verbleiben im Hautpräventionsprogramm. Grundsätzlich haben Sie jedoch die Möglichkeit jederzeit aus dem Programm auszusteigen.

*4. Welche Vorteile bringt das Hautpräventionsprogramm?*

1. Durch eine Teilnahme am Hautpräventionsprogramm können die Ursachen für Ihre Erkrankung geklärt werden.
2. Durch die Teilnahme am Hautpräventionsprogramm wird Ihrer berufsbedingten Hauterkrankung entgegengewirkt. Häufig kann man damit verhindern, dass die Krankheit chronisch wird. Somit ist eine Verbesserung des Hautzustandes durch eine Teilnahme am Hautpräventionsprogramm zu verzeichnen.
3. Durch eine Teilnahme am Hautpräventionsprogramm erhalten Sie Tipps zur Selbsthilfe und dem richtigen Umgang mit Ihrer Hauterkrankung.
4. Durch die Teilnahme am Hautpräventionsprogramm kann ein Ausscheiden aus dem erlernten Beruf aufgrund der berufsbedingten Hauterkrankung in den meisten Fällen vermieden werden.
5. Weiterhin werden die Kosten für die empfohlenen Hautschutz/und -pflegepräparate sowie Handschuhe von der BGN für den Zeitraum der Teilnahme (bis zu zwei Jahren) übernommen.
6. Außerdem werden die Fahrtkosten zur Sprechstunde und die Kosten für die Teilnahme am Hautschutzseminar von der BGN übernommen.

---

#### 9.4.7 Die Falldarstellung

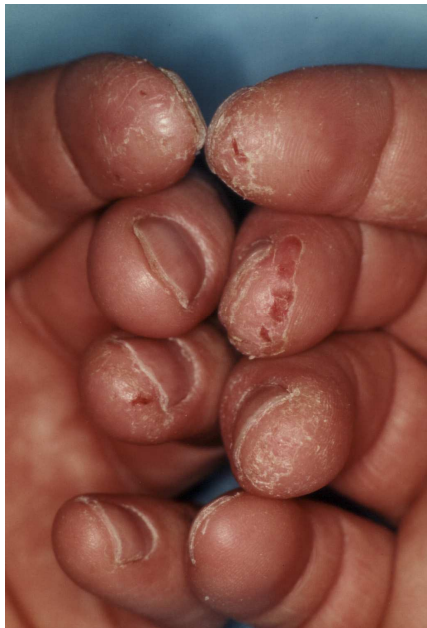
### **"Und heute immer noch im Beruf"**

Der Versicherte Herr A. ist seit 1980 im Bäckereihandwerk/Gastronomiegewerbe tätig. Nach 17 Jahren im Beruf traten im Jahr 1997 das erste Mal Hautveränderungen bei ihm auf. Sein Hautarzt diagnostizierte ein Handekzem. Bald stellte sich heraus, dass es einen Zusammenhang zwischen der Arbeitstätigkeit des Herrn A. und seiner Hauterkrankung gibt. Das Handekzem besserte sich vor allem in seiner arbeitsfreien Zeit und heilte im Urlaub ab. Daraufhin wurde die Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten (BGN) informiert. Diese bot ihm aufgrund seiner berufsbedingten Hauterkrankung die Teilnahme am Präventionsprogramm Haut an – genau so, wie jetzt Ihnen.

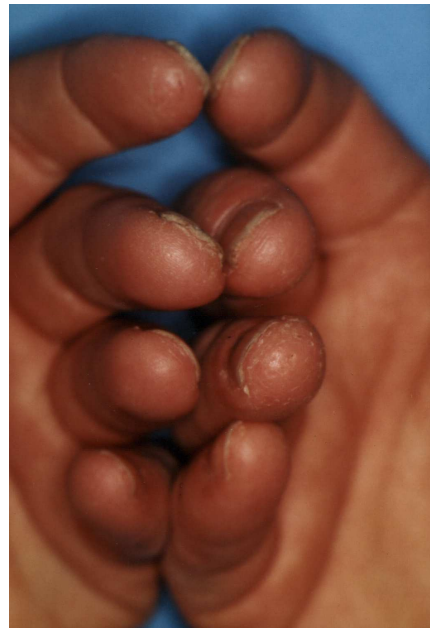
Im November 2000 besuchte Herr A. erstmalig die Hautsprechstunde in der Hautklinik Jena. Zunächst wurde mit ihm ein Gespräch über seine Arbeitssituation geführt. Dabei fand man heraus, welche schädigenden Stoffe auf die Haut des Herrn A. einwirken. Anschließend wurde seine Haut eingehend untersucht. Die Ärzte empfahlen ihm spezielle Hautschutz- und Hautpflegemittel. Der richtige Gebrauch wurde auf seine Arbeitssituation abgestimmt, bei Einverständnis auch mit Besichtigung des Arbeitsplatzes. Der vorbeugende Schutz vor weiteren Hautschädigungen und auch die Verbesserung der damaligen Hautsituation waren die Zielsetzungen der ärztlichen Empfehlungen. Herr A. setzte die empfohlenen Maßnahmen gemeinsam mit seinem behandelnden Hautarzt um.

Im März 2001 stellte sich Herr A. erneut in der Hautklinik Jena vor. Dabei wurde eine deutliche Verbesserung des Hautbefundes festgestellt, welche auf die regelmäßige und konsequente Befolgung der vorbeugenden Maßnahmen zurückzuführen war. Die Besserung war eingetreten, obwohl Herr A. unverändert in seinem Beruf tätig war.

Im August 2001 suchte Herr A. die Sprechstunde ein letztes Mal auf. Herr A. berichtete, dass sein Handekzem seit dem Mai 2001 fast abgeheilt ist.



November 2000: Handekzem



August 2001: minimaler Befund

Durch die zweijährige Teilnahme am Präventionsprogramm Haut, in der die Sprechstunde nur drei Mal aufgesucht wurde, und die empfohlenen Maßnahmen, die konsequent gemeinsam mit dem Heimathautarzt umgesetzt wurden, ist Herr A. fast beschwerdefrei. Sein Handekzem ist inzwischen abgeheilt. Somit wurde ein Ausscheiden aus dem Beruf trotz seiner ursprünglich berufsbedingten Hauterkrankung vermieden.

### 9.4.8 Der Fragebogen 1 zur telefonischen Befragung

**Bitte vor dem Telefonat ausfüllen:** InterviewerIn: «InterviewerName»;

Geschlecht: «Anrede»; Geburtsdatum: «Geburtsdatum»; Aktenzeichen: «Aktenzeichen»

**Strichliste für Versuche ohne Kontakt oder nur Anrufbeantworter (max. 15):**

☐ Nach 15 Versuchen an unterschiedlichen Tagen und zu verschiedenen Uhrzeiten nicht erreicht

<input type="checkbox"/> 1. Versuch: Wann? Datum _____	noch mal probieren: _____
<input type="checkbox"/> 2. Versuch: Wann? Datum _____	noch mal probieren: _____
<input type="checkbox"/> 3. Versuch: Wann? Datum _____	noch mal probieren: _____

☐ Teilnahme abgelehnt, **nicht** noch einmal versuchen

**Befragung**

Bitte nach Ablehnung oder Befragung abheften, um versehentliche Wiederholung zu vermeiden!

- Für Teilnehmer: **Was spricht aus Ihrer Sicht im Allgemeinen am ehesten für eine Teilnahme am Programm?** Für Nicht-Teilnehmer: **Was spricht aus Ihrer Sicht im Allgemeinen am ehesten gegen eine Teilnahme am Programm?**

- Für Teilnehmer: **Was meinen Sie, was im Allgemeinen am ehesten gegen eine Teilnahme am Programm spricht?** Für Nicht-Teilnehmer: **Was spricht aus Ihrer Sicht im Allgemeinen am ehesten für eine Teilnahme am Programm?**

- Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer eigenen Hauterkrankung und Ihrer Arbeitstätigkeit?**

- ☐ eher ja  
☐ unentschlossen  
☐ eher nein

- Wie groß ist der Betrieb, in dem Sie arbeiten?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1-Mann-Betrieb               | <input type="checkbox"/> bis 249 Vollzeit-Beschäftigte |
| <input type="checkbox"/> bis 10 Vollzeit-Beschäftigte | <input type="checkbox"/> ab 250 Vollzeit-Beschäftigte  |
| <input type="checkbox"/> bis 49 Vollzeit-Beschäftigte | <input type="checkbox"/> anderes und zwar: _____       |

- Nur bei Kette: **Arbeiten Sie im Filialbetrieb oder im Stammwerk?**

- ☐ Filiale ☐ Stammwerk  
☐ anderes und zwar: \_\_\_\_\_

- ☐ derzeit nicht in Behandlung      ☐ Antwort bzgl. Hausarzt, nicht Hautarzt

**sehr gut    ①                  ②                  ③                  ④                  ⑤                  ⑥ sehr schlecht**



- 
- **Wie gerne arbeiten Sie *derzeit* in Ihrem Beruf?**

sehr gerne ①

②

③

④

⑤

⑥ sehr ungern

- **Wie gerne haben Sie *vor Ihrer Hauterkrankung* in Ihrem Beruf gearbeitet?**

sehr gerne ①

②

③

④

⑤

⑥ sehr ungern

**Bedanken und verabschieden.**

## 9.4.9 Der Fragebogen 1 zur schriftlichen Befragung

## Befragung zum Hautpräventionsprogramm



Version vom 19. Juni 2003

Was spricht aus Ihrer Sicht im Allgemeinen am ehesten **für** eine Teilnahme am Programm?

Was meinen Sie, was im Allgemeinen am ehesten **gegen** eine Teilnahme am Programm spricht?

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer eigenen Hauterkrankung und Ihrer Arbeitstätigkeit?

- ☐ eher ja  
☐ weiß nicht  
☐ eher nein

### Angaben zum Betrieb

Wie groß ist der Betrieb, in dem Sie arbeiten?

- ☐ 1-Mann-Betrieb  
☐ bis 10 Vollzeit-Beschäftigte  
☐ bis 49 Vollzeit-Beschäftigte  
☐ bis 249 Vollzeit-Beschäftigte  
☐ ab 250 Vollzeit-Beschäftigte

Falls Ihr Betrieb einer Kette angehört:  
Arbeiten Sie im Filialbetrieb oder im Stammwerk?

- ☐ keine Kette  
☐ Filiale  
☐ Stammwerk  
☐ anderes und zwar: \_\_\_\_\_

### Einschätzung des Hauptpräventionsprogramms

Spricht die Art der Information also das Anschreiben durch die BGN eher für oder eher gegen die Teilnahme am Präventionsprogramm?	<input type="checkbox"/> eher dafür <input type="checkbox"/> weder dafür noch dagegen <input type="checkbox"/> eher dagegen
Sprechen die Heilungschancen eher für oder eher gegen die Teilnahme am Präventionsprogramm?	<input type="checkbox"/> eher dafür <input type="checkbox"/> weder dafür noch dagegen <input type="checkbox"/> eher dagegen
Spricht die Meinung von anderen, die Sie um Rat gefragt haben eher für oder eher gegen eine Teilnahme?	<input type="checkbox"/> habe niemanden gefragt <input type="checkbox"/> eher dafür <input type="checkbox"/> weder dafür noch dagegen <input type="checkbox"/> eher dagegen
Spricht die Situation an Ihrem Arbeitsplatz eher für oder eher gegen eine Teilnahme?	<input type="checkbox"/> eher dafür <input type="checkbox"/> weder dafür noch dagegen <input type="checkbox"/> eher dagegen
Haben Sie Bedenken hinsichtlich der Kosten für das Programm (z. B., dass Sie selbst etwas zahlen müssen)?	<input type="checkbox"/> keine Bedenken, eher dafür <input type="checkbox"/> unklar, weder noch <input type="checkbox"/> Bedenken, eher dagegen
Spricht Ihre häusliche Situation eher für oder eher gegen eine Teilnahme?	<input type="checkbox"/> eher dafür <input type="checkbox"/> weder dafür noch dagegen <input type="checkbox"/> eher dagegen

### Gesundheitszustand

<b>Bitte drücken Sie im Folgenden Ihre Urteile als Schulnoten aus. Eine 1 ist die bestmögliche Bewertung, eine 6 die schlechtestmögliche.</b>	
	sehr gut ←-----→ sehr schlecht ①   ②   ③   ④   ⑤   ⑥
Wie würden Sie Ihren momentanen Hautzustand bewerten?	①   ②   ③   ④   ⑤   ⑥
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem privaten Hautarzt?	①   ②   ③   ④   ⑤   ⑥
	<input type="checkbox"/> derzeit nicht in Behandlung
Wie gerne arbeiten Sie <b>derzeit</b> in Ihrem Beruf?	①   ②   ③   ④   ⑤   ⑥
Wie gerne haben Sie <b>vor Ihrer Hauterkrankung</b> in Ihrem Beruf gearbeitet?	①   ②   ③   ④   ⑤   ⑥

---

**Persönliche Angaben**

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich
	<input type="checkbox"/> weiblich
Alter	_____ Jahre

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in beiliegenden Rückumschlag und versenden Sie ihn.**

### 9.4.10 Der Fragebogen 2 zur telefonischen Befragung

**Bitte vor dem Telefonat ausfüllen:** InterviewerIn: «InterviewerName»;

Geschlecht: «Anrede»; Geburtsdatum: «Geburtsdatum»; Aktenzeichen: «Aktenzeichen»

**Strichliste für Versuche ohne Kontakt oder nur Anrufbeantworter (max. 15):**

☐ Nach 15 Versuchen an unterschiedlichen Tagen und zu verschiedenen Uhrzeiten nicht erreicht

<input type="checkbox"/> 1. Versuch: Wann? Datum	noch mal probieren:
<input type="checkbox"/> 2. Versuch: Wann? Datum	noch mal probieren:
<input type="checkbox"/> 3. Versuch: Wann? Datum	noch mal probieren:

☐ Teilnahme abgelehnt, **nicht** noch einmal versuchen

Bitte nach Ablehnung oder Befragung abheften, um versehentliche Wiederholung zu vermeiden!

- Für Teilnehmer: **Was spricht aus Ihrer Sicht im Allgemeinen am ehesten für eine Teilnahme am Programm?** Für Nicht-Teilnehmer: **Was spricht aus Ihrer Sicht im Allgemeinen am ehesten gegen eine Teilnahme am Programm?**

- Für Teilnehmer: **Was meinen Sie, was im Allgemeinen am ehesten gegen eine Teilnahme am Programm spricht?** Für Nicht-Teilnehmer: **Was spricht aus Ihrer Sicht im Allgemeinen am ehesten für eine Teilnahme am Programm?**

- Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer eigenen Hauterkrankung und Ihrer Arbeitstätigkeit?**

- ☐ eher ja  
☐ unentschieden  
☐ eher nein

- Wie groß ist der Betrieb, in dem Sie arbeiten?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1-Mann-Betrieb               | <input type="checkbox"/> bis 249 Vollzeit-Beschäftigte |
| <input type="checkbox"/> bis 10 Vollzeit-Beschäftigte | <input type="checkbox"/> ab 250 Vollzeit-Beschäftigte  |
| <input type="checkbox"/> bis 49 Vollzeit-Beschäftigte | <input type="checkbox"/> anderes und zwar: _____       |

- Nur bei Kette: **Arbeiten Sie im Filialbetrieb oder im Stammwerk?**

- ☐ Filiale
 ☐ Stammwerk  
☐ anderes und zwar: \_\_\_\_\_

- **Die Art, in der Sie über das Programm informiert wurden. Sprach das für Sie persönlich eher für oder eher gegen eine Teilnahme? (Also beispielsweise das Anschreiben oder zusätzliches Informationsmaterial)**

- ☐ eher dafür Kommentare aufschreiben
- ☐ weder dafür noch dagegen
- ☐ eher dagegen

- **Sprachen die von Ihnen erwarteten Heilungschancen eher für oder eher gegen die Teilnahme?**

- ☐ eher dafür Kommentare aufschreiben
- ☐ weder dafür noch dagegen
- ☐ eher dagegen

- **Sprach die Meinung von anderen, die Sie um Rat gefragt haben eher für oder eher gegen eine Teilnahme?**

- ☐ habe niemanden gefragt Falls es spontan genannt wird, aufschreiben, wer um Rat gefragt wurde.
- ☐ eher dafür
- ☐ weder dafür noch dagegen
- ☐ eher dagegen

- **Die Situation an Ihrem Arbeitsplatz. Eher für oder eher gegen Teilnahme? Nur bei Nachfrage: Beispielsweise Meinungen von Kollegen oder Arbeitgeber; Streß oder ähnliches. ☐ Hier ankreuzen, wenn Beispiel vorgelesen**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> eher dafür<br><input type="checkbox"/> weder dafür noch dagegen<br><input type="checkbox"/> eher dagegen | <b>Falls es spontan genannt wird, ankreuzen /aufschreiben</b><br><input type="checkbox"/> Kollegen <input type="checkbox"/> dafür <input type="checkbox"/> dagegen <input type="checkbox"/> keine Angaben<br><input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> dafür <input type="checkbox"/> dagegen <input type="checkbox"/> keine Angaben<br><input type="checkbox"/> anderes und zwar |
|---|---|

- **Gab es Bedenken hinsichtlich Kosten des Programms? Ggf. nachfragen, ob Kostenübernahme bekannt ist.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Bedenken, eher dafür<br><input type="checkbox"/> unklar, weder noch<br><input type="checkbox"/> Bedenken, eher dagegen | <input type="checkbox"/> bekannt, dass Kosten von BGN übernommen werden<br><input type="checkbox"/> nicht erkenntlich, ob es bekannt ist<br><input type="checkbox"/> offensichtlich nicht bekannt<br><input type="checkbox"/> Wissen spontan geäußert<br><input type="checkbox"/> Wissen auf Nachfrage geäußert |
|---|---|

- **Ihre häusliche Situation. Eher für oder eher gegen Teilnahme? Nur bei Nachfrage: Beispielsweise Äußerungen von Haushaltsangehörigen, Betreuung von Kindern, ob Sie ein Auto haben oder nicht und ähnliches. ☐ Hier ankreuzen, wenn Beispiel vorgelesen**

- ☐ eher dafür Kommentare aufschreiben
- ☐ weder dafür noch dagegen
- ☐ eher dagegen

- **Hat sich das soziale Klima an Ihrem Arbeitsplatz durch die Hauterkrankung verändert? (Beispielsweise Hilfe von Kollegen oder Ärger mit Kollegen wegen Hauterkrankung) ☐ Hier ankreuzen, wenn Beispiel vorgelesen**

- ☐ eher besser Kommentare aufschreiben
- ☐ unverändert
- ☐ eher verschlechtert

- 
- Wie schlimm ist Ihre Hauterkrankung jetzt im Moment? Bitte drücken Sie Ihr Urteil als Schulnoten aus. Eine 1 ist die bestmögliche Bewertung, eine 6 die schlechtestmögliche.

sehr gut    ①                      ②                      ③                      ④                      ⑤                      ⑥ sehr  
schlecht

---

**9.4.11 Der Fragebogen 2 zur schriftlichen Befragung****Befragung zum  
Hautpräventionsprogramm**

Was spricht aus Ihrer Sicht im Allgemeinen am ehesten **für** eine Teilnahme am Programm?

Was meinen Sie, was im Allgemeinen am ehesten **gegen** eine Teilnahme am Programm spricht?

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Haut-  
erkrankung und Ihrer Arbeitstätigkeit?

- ☐ eher ja  
☐ unentschlossen  
☐ eher nein

**Angaben zum Betrieb**

Wie groß ist der Betrieb, in dem Sie arbeiten?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1-Mann-Betrieb               | <input type="checkbox"/> bis 249 Vollzeit-Beschäftigte |
| <input type="checkbox"/> bis 10 Vollzeit-Beschäftigte | <input type="checkbox"/> ab 250 Vollzeit-Beschäftigte  |
| <input type="checkbox"/> bis 49 Vollzeit-Beschäftigte | <input type="checkbox"/> anderes und zwar              |

Falls Ihr Betrieb einer Kette angehört:  
Arbeiten Sie im Filialbetrieb oder im Stamm-  
werk?

- ☐ Filiale  
☐ Stammwerk  
☐ anderes und zwar:

**Einschätzung des Hauptpräventionsprogramms**



Spricht die Art der Information, also das Anschreiben durch die BGN oder zusätzliches Infomaterial, eher für oder eher gegen die Teilnahme am Präventionsprogramm?	<input type="checkbox"/> eher dafür <input type="checkbox"/> weder dafür noch dagegen <input type="checkbox"/> eher dagegen
Sprechen die von Ihnen erwarteten Heilungschancen eher für oder eher gegen die Teilnahme am Präventionsprogramm?	<input type="checkbox"/> eher dafür <input type="checkbox"/> weder dafür noch dagegen <input type="checkbox"/> eher dagegen
Spricht die Meinung von anderen, die Sie um Rat gefragt haben, eher für oder eher gegen eine Teilnahme?	<input type="checkbox"/> habe niemanden gefragt <input type="checkbox"/> eher dafür <input type="checkbox"/> weder dafür noch dagegen <input type="checkbox"/> eher dagegen
Spricht die Situation an Ihrem Arbeitsplatz eher für oder eher gegen eine Teilnahme?	<input type="checkbox"/> eher dafür <input type="checkbox"/> weder dafür noch dagegen <input type="checkbox"/> eher dagegen
Haben Sie Bedenken hinsichtlich der Kosten für das Programm (z. B., dass Sie selbst etwas zahlen müssen)?	<input type="checkbox"/> keine Bedenken, eher dafür <input type="checkbox"/> unklar, weder noch <input type="checkbox"/> Bedenken, eher dagegen
Spricht Ihre häusliche Situation eher für oder eher gegen eine Teilnahme?	<input type="checkbox"/> eher dafür <input type="checkbox"/> weder dafür noch dagegen <input type="checkbox"/> eher dagegen
Hat sich das soziale Klima an Ihrem Arbeitsplatz durch die Hauterkrankung verändert (z. B. Hilfe durch Kollegen, Ärger mit Kollegen)?	<input type="checkbox"/> eher verbessert <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> eher verschlechtert

### Gesundheitszustand

<b>Bitte bewerten Sie folgende Frage mit einer Note. Eine 1 ist die bestmögliche Bewertung, eine 6 die schlechteste Bewertung.</b>						
Wie schlimm ist Ihre Hauterkrankung momentan?	sehr gut	←-----→	sehr schlecht			
	①	②	③	④	⑤	⑥

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in beiliegenden Rückumschlag und versenden Sie ihn.**

---

**9.4.12 Das Anschreiben zur schriftlichen Befragung**

Betreff

**Präventionsprogramm Haut**

Sehr geehrte(r).....,

vor kurzem erhielten Sie ein Schreiben von der Berufsgenossenschaft, indem Ihnen eine Spezialbetreuung im Hautpräventionsprogramm der BGN angeboten wurde. Um dieses Programm bestmöglich an die Bedürfnisse unserer Versicherten mit Hautproblemen anzupassen, führen wir zur Zeit eine schriftliche Befragung durch. Sie würden uns deshalb sehr unterstützen, wenn Sie bitte beiliegenden Fragebogen ausfüllen und an mich zurück senden könnten. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich, unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorschriften, behandelt.

Falls Sie noch Fragen haben, können Sie sich an mich persönlich, unter der Telefonnummer:

Tel: 0361 / 4391 4825

wenden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. med. Martina Stadelers

FÄ für Arbeitsmedizin

GB Prävention

Abt. Gesundheitsschutz der BGN

Außenstelle Erfurt